

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MÁXIMO JOSÉ DIAS COLARES

O PUDOR NA CLÍNICA OBSTÉTRICA

CURITIBA

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

MÁXIMO JOSÉ DIAS COLARES

O PUDOR NA CLÍNICA OBSTÉTRICA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Sociologia.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia.

CURITIBA

2012

Catálogo na Publicação
Aline Brugnari Juvenêncio – CRB 9ª/1504
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Colares, Máximo José Dias

O pudor na clínica obstétrica / Máximo José Dias Colares. –
Curitiba, 2012.

127 f.

Orientador: Prof. Dr. José Miguel Rasia

Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Setor de Ciências
Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná.

1. Vergonha. 2. Intimidade (Psicologia). 3. Corpo humano –
Aspectos morais e éticos. 4. Mães – Cuidados médicos. I. Título.

CDD 618.2

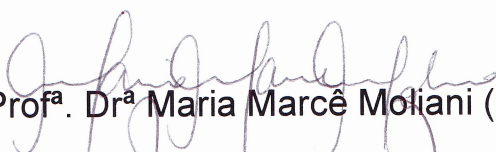


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
Rua General Carneiro, 460 - 9º andar-sala 906 Fone e Fax: 3360-5173

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Ata da Sessão Pública, de defesa de dissertação para obtenção do Título de Mestre em Sociologia. No dia 17 de Setembro de 2012, às nove horas, nas dependências do Curso de Pós-Graduação em Sociologia do Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Federal do Paraná, reuniu-se a banca examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, composta pelos Professores Doutores Prof^a. Dr^a Maria Marcê Moliani (UEPG), Prof^a. Dr^a. Simone Meucci (UFPR), Prof. Dr. José Miguel Rasia – UFPR (Orientador e presidente da banca examinadora), com a finalidade de julgar a dissertação do(a) candidato(a) **MÁXIMO JOSÉ DIAS COLARES**, intitulada “O PUDOR NA CLÍNICA OBSTÉTRICA.”, para obtenção do grau de mestre em Sociologia. O desenvolvimento dos trabalhos seguiu o roteiro de sessão de defesa estabelecido pelo Colegiado do Programa, com abertura, condução e encerramento da sessão solene de defesa feito pelo(a) orientador(a) José Miguel Rasia. Após haver analisado o referido trabalho e argüido o(a) candidato(a), os membros da banca examinadora deliberaram pela “...APPROVAÇÃO...” do(a) acadêmico(a), habilitando-o ao título de Mestre em Sociologia, linha de pesquisa “Cultura, Comunicação e Sociabilidades” da área de concentração em “Cultura e Poder”, desde que apresente a versão definitiva da dissertação conforme regimento interno do programa.

Curitiba, 17 de Setembro de 2012.


Prof^a. Dr^a Maria Marcê Moliani (UEPG)


Prof^a. Dr^a. Simone Meucci (UFPR)


Prof. Dr. José Miguel Rasia - UFPR
(Orientador e presidente da banca examinadora)

Dedico este trabalho à minha família e amigos. A vocês meu eterno carinho!

AGRADECIMENTOS

Durante o período de sete anos de estudos na Universidade Federal do Paraná - UFPR, onde tive o privilégio de estudar no curso de Ciências Sociais e, posteriormente, no Programa Pós-Graduação em Sociologia, foram marcados de forma fundamental pelos ensinamentos do Prof. Dr. José Miguel Rasia. Responsável por abrir o “Mar Vermelho” no campo da Sociologia da Saúde nesta instituição. Por meio de seu trabalho obtive coragem e perseverança para permanecer nos estudos sociológicos. Como conhecedor da teoria sociológica, dele aprendo a cada dia os caminhos que o pensamento sociológico pode alcançar através da reflexão e da crítica. Agradeço pela compreensão e paciência quando muitas vezes poderia deixar de tê-la. Como professor e orientador agradeço a confiança e a liberdade concedida para a realização desse trabalho.

À Universidade Federal do Paraná e ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia – PPGS – UFPR, onde tive o privilégio e o prazer de aprender e compartilhar um pouco mais sobre a vida. Exercendo o exercício auto-reflexivo com certa liberdade e compreensão.

Ao Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais por abrir as portas e confiarem na minha responsabilidade e no meu trabalho. Como instituição serve de exemplo de interesse no desenvolvimento de pesquisas na intersecção Saúde/sociologia, que acolheu com respeito e agilidade minha proposta de trabalho. Agradeço a toda a equipe do hospital em especial a enfermeira Poliana Vieira, ao diretor geral do hospital Sr. Azimar e a Secretária de Saúde Vilma Serra.

As gestantes e mães com as quais tive o privilégio de aprender e compartilhar a experiência descrita neste trabalho.

À CAPES – REUNI pela bolsa concedida durante o mestrado que possibilitou a realização do curso.

À Prof^a. Dr^a Simone Meucci pelas colocações e sugestões durante a banca de qualificação. Além das reflexões em sala de aula no exercício da profissão, suas contribuições tornaram mais visíveis os principais pontos sobre o trabalho e o objeto de pesquisa.

À Profª Drª Maria Marce Moliane pelas reflexões sempre instigantes durante a banca de qualificação. Além de ser companheira do Grupo de Pesquisa em Sociologia da Saúde. É sempre estimulante compartilhar de seu pensamento.

Aos professores do curso de Ciências Sociais. Em especial a Profª. Drª. Ana Luisa Fayet Sallas, a Profª. Drª. Luciana Veiga, ao Prof. Dr. Emerson Cervi, ao Prof. Dr. Osvaldo Helleer da Silva, a Profª. Drª. Andréia de Oliveira de Castro, ao Prof. Dr. Ângelo José da Silva, a Profª. Drª. Maria Tarcisa Silva Bega e a Profª. Drª. Marlene Tamanini.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Sociologia pela amizade, bom humor e companheirismo. Em especial a minha amiga Giseli Gontarski e seu rancho em Mafra.

Ao Grupo de Sociologia da Saúde onde encontro um ambiente sempre agradável e estimulante para continuar realizando pesquisas.

Aos meus amigos que de alguma forma me entenderam e estiveram ao meu lado proporcionando momentos de muita felicidade e carinho. Em especial aos amigos Emanuel Menim, Gabriel Sorrentino, Tiago Iurk e Gabrielle Demozzi.

Ao meu novo trabalho na Unidade de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas – HC/UFPR, onde aprendo a cada dia sobre a importância de querer viver. Em especial as minhas colegas e enfermeiras Tatiana Brusamarello, Gisele de Castro e Kelly Shimizu.

Às minhas duas irmãs Andressa e Juliana por confiarem e acreditarem no seu irmão estranho. Também ao Igor e Letícia meus sobrinhos queridos.

Para a pessoa mais especial de minha vida a quem eu devo tudo que conquistei e irei conquistar. Minha mãe, Eliane Dias.

Ao meu pai (*in memoriun*).

Mas, quer a fisionomia que adotamos seja alegre ou triste, ao tomá-la e acentuá-la definimos nosso temperamento supremo predominante. Daí em diante, enquanto continuarmos sob o feitiço deste autoconhecimento, não viveremos apenas, mas atuaremos, compomos e representamos nosso personagem escolhido, calçamos os coturnos da deliberação, defendemos e idealizamos nossas paixões, encorajamo-nos eloqüentemente a ser o que somos – dedicados ou desdenhosos, descuidados ou austeros; monologamos (diante de um público imaginário) e envolvemo-nos graciosamente no manto de nosso papel inalienável”.

(George Santayana, 1863-1952)

RESUMO

Esta dissertação tem como tema a questão do sentimento de pudor muitas vezes manifestada em ambientes clínicos, mais precisamente na clínica obstétrica. O trabalho de campo foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, no município de Pinhais/PR, tendo duração de três meses. A metodologia de pesquisa baseou-se na observação participante de diversos setores do hospital com o objetivo de detalhar cada função clínica específica desempenhada pelos diversos serviços prestados pelo hospital. Neste contexto, três setores se destacaram quando a questão é o pudor, setores estes de *internação* (Ambulatório, Centro Cirúrgico Obstétrico e Alojamento Conjunto) para gestantes e puérperas. Por meio da observação participante algumas gestantes foram acompanhadas desde sua entrada no hospital, assim como o período pré e pós cirúrgico (parto), até sua saída no momento em que receberam alta. Também foram realizados sete entrevistas com mulheres que estiveram internadas, sendo as entrevistas realizadas fora do ambiente hospitalar. O objetivo geral da pesquisa foi compreender os significados que os sujeitos atribuem ao pudor em relação ao corpo e aos sentimentos. Em que situações sociais estes significados são manifestos. Nossa análise nos levou a entender o pudor como uma “constelação de sentimentos” que se manifesta em diferentes situações da clínica obstétrica, na qual o processo de interação entre sujeitos é sempre o suporte e o lócus de sua manifestação. Durante a internação as gestantes passam por mecanismos onde as relações são estabelecidas conforme uma rotina já estabelecida pela lógica dos protocolos clínicos, tendo como consequência a sujeição do corpo da mulher por meio de normas institucionais. Os aspectos morais envolvidos na interação, como a integralidade do corpo, a intimidade frente à diferenciação dos sexos, os sentimentos de dor e sofrimento, angústia, medo, vergonha e pudor, também estão submetidos ao conjunto dessas normas e dos protocolos.

Palavras-chave: Pudor; corpo da mulher; clínica obstétrica.

LISTA DE FOTOS

Foto 1: Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010 26

Foto 2: Sala de parto e cirurgia do CCO. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 201032

Foto 2: Nascimento das primeiras crianças na Maternidade Municipal. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010 35

Foto 3: Sala do Recém-Nascido. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010..... 35

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Setores do Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais.....	36
Figura 2: Interação no Posto de Enfermagem do Alojamento Conjunto.....	52
Figura 3: Caminho percorrido pela gestante para o CCO do hospital	67
Figura 4: Sala de Consultas do Ambulatório	71
Figura 5: Posição Ginecológica	91
Figura 6: Sala de Ecografia	95
Figura 7: Cama Voadora (1932). Frida Kahlo (1907-1954). Óleo sobre metal 77,5 x 96,5. Coleção Fundação Dolores Olmedo (México)	101
Figura 8: Árvore da Esperança, Mantém-te Firme! (1946). Frida Kahlo (1907-1954). Óleo. 56 x 40.5cm. Galeria de Artes Isadora Ducasse (Nova York)	114

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
A Temática de Estudo	02
 CAPÍTULO I	
1 CAMINHANDO COM O MÉTODO	06
1.1 Uma Crítica ao Conceito de Pudor	10
1.2 Inserção no Campo de Pesquisa	16
 CAPÍTULO II	
2 O HOSPITAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	24
2.1 Sala de Recepção	26
2.2 Ambulatório de Retorno	27
2.3 Centro Cirúrgico Obstétrico.....	28
2.4 Alojamento Conjunto ou Enfermarias da Maternidade	33
2.5 Passagem de Plantão	37
2.6 Funções e Divisão do Trabalho	41
2.7 Interações Entre os Membros da Equipe	47
 CAPÍTULO III	
3 PUDOR E PROCEDIMENTOS CLÍNICOS.....	53
3.1 O Corpo da Mulher e a Maternidade	53
3.2 O Pudor no Ambulatório	59
3.2.1 “Você venha aqui. E você venha pra cá”	68
3.3 O Pudor no Centro Cirúrgico Obstétrico	73
3.4 O Pudor e o Exame de Ultra-Sonografia Transvaginal	86
3.5 O Pudor e a Nudez.....	98
3.6 As Mães, a Internação e o Pudor	102
3.6.1 Sandra	102
3.6.2 Camila.....	105
3.6.3 Juliana.....	109

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXO 1.....	123
ANEXO 2.....	124
ANEXO 3.....	127

INTRODUÇÃO

O pudor na clínica hospitalar e mais precisamente na clínica obstétrica, se manifesta nas circunstâncias em que o corpo se defronta com situações de “vergonha emocional” em relação a fatos de natureza sexual, como a nudez, a manipulação ou manuseio de partes íntimas do corpo e através de interações em que o corpo se torna objeto de interlocução de manifestações emocionais. A eventual condição de paciente na clínica hospitalar coloca o sujeito diante de situações padronizadas de procedimentos clínicos, de diferentes níveis de intervenção e manipulação do corpo, com objetivos terapêuticos e de manutenção do equilíbrio físico visando à saúde. Assim, na clínica hospitalar cria-se situações propícias a manifestação do pudor.

Os estudos sociológicos sobre a clínica hospitalar na área da Sociologia da Saúde, consideram o hospital como o “lócus analítico” onde se configuram os principais processos da experiência subjetiva dos sujeitos, principalmente quando estes estão internados para fins de tratamento e cura de doenças e agravos.

Na clínica hospitalar as experiências corporais dos sujeitos se realizam por meio de relações estabelecida com outros sujeitos, grupos e normas institucionais. Estas relações entre sujeitos são permeadas por normas e padrões de condutas específicas que podem ou não serem negociadas dependendo da situação. Durante estes processos o que se apresenta, para a observação do cientista, são momentos de interação onde a equipe de saúde, por deter um poder simbólico decorrente do saber clínico, empreende determinadas práticas e procedimentos prescritivos para exames e tratamento, tomando o corpo como foco da intervenção. Neste contexto, os pacientes se deparam com certas modalidades de intervenção, muitas vezes desconhecidas, experimentadas com estranheza, manifestando, conseqüentemente, sentimentos de pudor. Quando o pudor se manifesta observa-se certo desconforto dos pacientes na sua relação com o outro, com a situação. O sentimento de pudor para este estudo também se refere ao sentimento da equipe de médicos e enfermeiros, principalmente quando estes necessitam empreender determinados procedimentos clínicos. Algumas situações que acarretam desconforto ao paciente (em relação ao pudor) acarretam também desconforto para as equipes profissionais que o atendem. Esta é a contraparte do pudor, sentido pela equipe de tratamento e de cuidados.

Tratamos o pudor como um mecanismo adquirido através do processo de socialização, manifestado e reconhecido por sujeitos que tiveram no pudor e na internalização dos sentimentos valores adquiridos por práticas sociais e processos culturais, perceptíveis e

negociáveis na relação entre sujeitos (ELIAS, 1993, 1994, BOLOGNE, 1986, BOLTANSKI, 198, GOFFMAN, 2009, 2011).

Portanto, a questão norteadora deste estudo se refere à interação entre pacientes internados e a equipe de saúde (médicos e enfermeiros). Consideramos os médicos e enfermeiros (a equipe de saúde) em suas relações com os pacientes, pois é ela que mais interage com os indivíduos internados. Médicos e enfermeiros são categorias profissionais distintas, mas complementares e que compõem o que chamamos aqui de equipe de saúde. As equipes de saúde se deparam com manifestações de pudor observáveis nas interações “face a face” (Goffman, 1999, 2009, 2011) que podem se apresentar através de expressões corporais ou pela fala, que se desenvolvem e são manifestadas antes, durante ou depois dos procedimentos clínicos e exames físicos dentro do hospital.

A Temática de Estudo

A saúde sempre me fascinou e se tornou prática em meu dia a dia quando comecei a estudar no curso superior de Enfermagem. Atualmente já sou formado em Enfermagem e estava cursando Ciências Sociais na Universidade Federal do Paraná, tendo em vista meu interesse pela Sociologia da Saúde. Em 2007 me integrei no projeto de Iniciação Científica na área de Sociologia da Saúde tendo como temática o “uso das imagens” como forma de conhecimento e os “Estudos do Imaginário Social” junto ao CECIAL (Centro de Estudos sobre Cultura e Imagem da América Latina).

Ao iniciar estágios e frequentar hospitais, durante o curso de enfermagem, sempre tive certa estranheza e fui muito instigado pelas condições dos pacientes em determinadas situações clínicas. Contudo, minhas primeiras impressões em ambiente hospitalar foram quase sempre a de um estudante de enfermagem procurando assimilar o conhecimento para conseguir a formação profissional e não a do sociólogo com interesse investigativo e crítico.

Mesmo com a formação acadêmica restrita à Enfermagem a exposição do corpo do paciente muitas vezes ocorrida em ambiente clínico, sempre me chamou a atenção, seja nos comentários com outros profissionais e estudantes, seja na situação incômoda que se depara o paciente quando seu corpo era manipulado de forma aparentemente impessoal e natural.

No período que estagiei em diferentes instituições hospitalares de Curitiba pude observar que a nudez e o pudor estavam presentes em todas as instâncias ou setores da instituição. Seja no leito das enfermarias - organizadas de acordo com a gravidade da doença e o sexo dos pacientes, seja no centro cirúrgico onde o paciente está totalmente submetido aos

procedimentos clínicos - em alguns casos em estado inconsciente pela ação da anestesia, ou nas UTI's onde não existe separação por sexo dos pacientes, mas estes são separados por biombos ou cortinas. Nestas situações os pacientes ficam nus o tempo todo embaixo de lençóis e cobertores.

Durante os estágios em duas ocasiões determinadas, situações de pudor se apresentaram no contexto clínico. Na primeira, cuidava de uma paciente que não gostava de tomar banho no período da manhã - exigência da rotina hospitalar. Preferia realizar a higiene do corpo no período da tarde. Quando informei este fato a minha supervisora de estágio sua resposta me deixou surpreso. Segundo a hipótese da supervisora a paciente se recusava a tomar banho no período da manhã por que estava com vergonha da minha presença. Eu auxiliava os pacientes que não podiam tomar banhos sozinhos.

O outro caso se deu quando estagiava no “Centro Cirúrgico”. Observava do corredor uma paciente sendo preparada na sala de cirurgia. Nesse momento dois médicos pararam em frente à sala, comentaram alguma coisa sobre a cirurgia e um deles comentou “Olhe, a exposição da paciente”. Fiquei intrigado com a observação do médico, realmente a paciente estava totalmente nua e podia ser observada até de fora da sala de cirurgia. Logo em seguida ouvi outro comentário do mesmo médico “Posição que Napoleão perdeu a guerra”. Este comentário foi devido à posição que se encontrava a paciente na mesa de cirurgia. Lembro que uma colega que se encontrava ao meu lado não gostou desse último comentário do médico.

No período que estive em estágio o fato da nudez ser observável em quase todos os setores hospitalares, e com isso os pacientes se sentirem desconfortáveis, se somou à preocupação de alguns profissionais da área de saúde que trabalham e/ou estudam em hospitais. Observada esta preocupação, procurei escrever um artigo para conclusão do curso de enfermagem abordando o tema. O artigo despretensioso, na época rendeu uma publicação na revista de enfermagem Nursing (COLARES e NAKAMURA, 2009).

Quando me inscrevi para o mestrado em Sociologia, resolvi tomar este mesmo tema para a dissertação. Observei que esse tema era pouco abordado na sociologia, tendo inclusive dificuldades em encontrar bibliografia tanto na sociologia da saúde quanto em outras áreas da sociologia¹. Dos autores clássicos e contemporâneos havia poucas referências. No entanto, a

¹ Entre os trabalhos sociológicos encontrados, podemos citar “O Processo civilizador” – Vol. 1 e 2 de Norbert Elias (1992, 1994) e “As Classes Sociais e o Corpo” de Luc Boltanski (1989). O trabalho de Jean-Claude Bologne intitulado “A História do Pudor”, apesar de restrito a análise histórica do tema, serviu como auxílio aos conceitos formulados por Norbert Elias. Esse tema também é abordado, mesmo sendo apenas um elemento de análise em um contexto maior, nos trabalhos de Mirian Goldenberg e Marcelo Ramos (2002), Andréia Oliveira

perspectiva sociológica se abriu quando comecei a estudar os “caminhos” de análise da Escola de Chicago e do interacionismo simbólico, em especial o texto de Erving Goffman (2009) “*A Representação do Eu na Vida Cotidiana*”. Mais tarde, na disciplina Teoria Sociológica Contemporânea tive contato com o trabalho de Loic Wacquant “*De Corpo e Alma: uma etnografia de um aprendiz de boxe*”. Estes textos me surpreenderam por seus detalhes e proximidade com o objeto de estudo.

No decorrer de minhas obrigações como aluno do mestrado minha intenção de pesquisa esbarrou numa dificuldade, que me obrigou a redimensionar meu objeto. A primeira intenção era realizar o trabalho de campo no Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, com a clínica oncológica. O comitê de ética em pesquisa deste hospital recusou meu projeto pedindo para reescrevê-lo, além de argumentar que meu projeto necessitava do “aval” de algum funcionário responsável pelo setor de pesquisa. Como no Mestrado os prazos são curtos, resolvi procurar alternativas de campo. Quando surgiu a possibilidade de realizar o trabalho de campo numa maternidade, não fazia idéia, até aquele momento, que as situações clínicas específicas da obstetrícia pudessem ser tão ricas para os objetivos do estudo, além da possibilidade de presenciar uma vida nascer.

O primeiro capítulo fala sobre a metodologia empregada para realização da pesquisa. Neste sentido apontaremos para a perspectiva de análise empreendida para a análise dos dados obtidos em campo e, também, para discussão sobre os limites e dilemas referentes ao contexto de análise e inserção durante a pesquisa. Acrescenta-se uma breve discussão sobre os conceitos teóricos sobre o pudor no ocidente analisando-os numa perspectiva crítica. Em relação à inserção no campo de pesquisa, dialogaremos com as teorias sociológicas e antropológicas que discutiram sobre os dilemas vivenciados pelo pesquisador durante os diferentes processos de pesquisa. Procuramos neste capítulo, não somente descrever os métodos, mas também discutir em que medida o método se transformava em instrumento de inserção e interação em campo.

O segundo capítulo apresenta o hospital tanto em sua dimensão física (setores, corredores, salas, quartos, leitos, etc) quanto em sua relevância para o atendimento especializado no contexto de sua região (número de partos ao ano, cirurgias realizadas, contexto histórico, etc). Este capítulo fala sobre a dinâmica de organização do trabalho e suas funções, ou seja, para além da estrutura física do hospital, o movimento de divisão do trabalho e interação entre as equipes contém nesta instituição mecanismos específicos que conferem ao

hospital o poder de atuação sobre o espaço do corpo.

O terceiro e último capítulo apresenta como a questão do pudor se apresentou no campo de pesquisa. Primeiramente, discute-se a representação do corpo da mulher no contexto da maternidade contemporânea, e sua respectiva institucionalização a mecanismos de sujeição sobre o corpo da mulher. Este capítulo apresenta o pudor em sua dinâmica interacional dentro da instituição hospitalar, ou seja, durante os procedimentos clínicos e sua eventual intervenção no corpo da mulher. Procuramos delinear os caminhos percorridos pela gestante durante seu processo de internação, exames, procedimentos clínicos, trabalho de parto e pós-parto, discutindo em que contexto o pudor se apresenta como uma “constelação de sentimentos”. O final do capítulo apresenta um conjunto de entrevistas com as mulheres que passaram pelo processo de internação no hospital. Estas entrevistas possibilitaram analisar a temática do corpo e dos sentimentos por meio das narrativas das mulheres e suas respectivas experiências.

1 CAMINHANDO COM O MÉTODO

A metodologia empregada tem o caráter qualitativo, pois esta pesquisa tem como principal objetivo o detalhamento das experiências dos sujeitos em ambiente micro-social, no caso o ambiente hospitalar. Utilizamos para esta pesquisa a Observação Participante por se tratar de um método em que a presença constante do observador nas atividades do grupo implica em compartilhar de forma consciente e sistemática, não somente das atividades, mas também dos processos subjetivos dos sujeitos - interesses e afetos - que se desenrolam no cotidiano hospitalar (AGUIAR, 1978).

O trabalho de campo iniciou-se no começo de março de 2011 tendo a duração de três meses. Foram realizadas diversas visitas ao hospital durante este período. Para registro dos dados utilizei o caderno de campo, onde foram registrados de forma descritiva a realidade social do ambiente hospitalar, levando-se em conta a posição dos sujeitos e do pesquisador. O registro descritivo se apresentou como forma adequada para estabelecer o olhar sobre o objeto, valorizando os detalhes das situações e dos processos clínicos, tanto para pacientes quanto para a equipe de saúde (médicos e enfermeiros). No caderno de campo também fiz diversas notas analíticas que serviram de subsídios para o desenvolvimento dessa dissertação.

Também foram realizadas observações nos diversos setores do hospital com o objetivo de detalhar cada função clínica específica desempenhada pelos diversos serviços prestados pelo hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais. Entretanto, três setores se destacaram quando a questão é o pudor, setores estes de *internação* (Ambulatório, Centro Cirúrgico Obstétrico e Alojamento Conjunto) para gestantes e puérperas. Por meio da observação participante algumas gestantes foram acompanhadas desde sua entrada no hospital e conseqüentemente sua internação, assim como o período pré e pós cirúrgico (parto), até sua saída no momento em que receberam alta. A intenção era percorrer todos os caminhos da rotina hospitalar e da internação e assim presenciar as situações clínicas e emocionais que compõem este processo, o trabalho de parto e a interação com a equipe de saúde. Observam-se neste caso, três etapas no processo de internação onde as gestantes passam por diferentes exames e situações clínicas.

A primeira etapa se passa no ambulatório do hospital maternidade. A gestante ao dar entrada no hospital e após esperar por algum tempo na recepção para ser atendida, é chamada para o ambulatório. Aí serão realizados os primeiros exames. Estes exames são realizados primeiramente por uma técnica de enfermagem que busca avaliar a situação clínica da

gestante, assim como o tempo de gestação e os exames que foram realizados no pré-natal. Após esta triagem a técnica de enfermagem contata a médica obstetra de plantão e a informa da entrada da gestante para consulta. Depois de realizado o registro da gestante no ambulatório esta é encaminhada para sala de consultas.

Na sala de consultas a gestante é preparada para a realização dos primeiros exames pela equipe de obstetrícia. Durante a consulta são realizados eletrocardiograma, exame físico e exame de toque. O exame de toque somado à confirmação do tempo de gestação, entre outros fatores como o rompimento da bolsa amniótica, prescrevem se a gestante deve ou não ser internada para realização do parto. Confirmada a necessidade de internação, a agora “paciente gestante” é preparada e encaminhada para o centro cirúrgico obstétrico (COC).

Durante a segunda etapa de internação que se constitui no trabalho de parto, o obstetra realiza visitas periódicas para a gestante na sala de Pré-Parto para observar a situação clínica e o nível de dilatação da paciente. Os enfermeiros, além de prestar alguns cuidados também são encarregados de preparar e organizar a sala de parto (normal e cesárea) e o material necessário para a realização do parto. A monitoração clínica também é função da enfermagem, mas a realização dos partos, neste hospital, é função dos obstetras. Durante a realização do parto as duas equipes médicos e enfermeiros trabalham em conjunto. Após a realização do parto o recém-nascido é encaminhado para a “sala do recém nascido” (RN) onde receberá os primeiros cuidados e o registro clínico de seu nascimento. A parturiente é encaminhada para a sala de Recuperação Pós-cirúrgica (REPAI), ficará em repouso e será monitorada pela enfermagem. O recém-nascido após receber assistência médica-pediátrica e d é encaminhado para junto da mãe.

A terceira etapa se inicia quando a puérpera e seu recém-nascido são encaminhados para o alojamento conjunto. Aqui tanto a mãe quanto a criança permanecem um período mínimo de 48 horas, para repouso e acompanhamento clínico.

Durante o trabalho de campo minha posição de pesquisador se tornou de alguma forma referência interpretativa para as situações presentes. O fato de “me colocar em campo” trouxe algumas implicações que devem ser colocadas em discussão. A partir das interações que foram estabelecidas entre mim e o objeto de pesquisa e, principalmente, o “olhar” do pesquisador referente ao objeto observado, estão esboçadas tanto o conteúdo de análise quanto as interpretações em relação aos fatos transcorridos durante o processo de observação. Este trabalho, por expor a todo instante minha perspectiva de pesquisador em relação ao objeto de pesquisa, de alguma forma, careceu de um maior distanciamento em relação ao mesmo. Não que esse recurso metodológico não fosse empregado, mas a pergunta que cabe é

sobre seu alcance. No entanto, julgamos que a análise sociológica dos fatos, pelo menos nesta proposta de análise, não deveria esconder ou “não revelar” os próprios dilemas, emoções, expectativas, estratégias ou até mesmo algumas concepções a priori do pesquisador em relação a seu objeto. Parece claro que uma das consequências de trabalhar com o material de campo nesta perspectiva acarreta a certos riscos para a análise, pois além de manifestar a perspectiva do pesquisador em relação ao objeto, também se revela suas próprias limitações na análise.

Neste contexto, o caminho percorrido para a realização deste trabalho apresentou duas perspectivas que de alguma forma marcaram a presença no campo do pesquisador em relação ao objeto de pesquisa. Estas perspectivas são referenciadas durante o trabalho por meio do “olhar” dirigido aos fatos observados, e também em relação a uma “espécie de espanto” em relação às situações observadas. Ressalto que uma das dificuldades em desenvolver meu primeiro trabalho de campo se deve justamente pela condição de neófito. Estar em campo é muito diferente do que estabelecer apenas conexões teóricas, estar em campo é também se colocar no palco das interações e estabelecer de certa forma sua perspectiva sobre a ação. Se colocarmos do ponto de vista do perspectivismo metodológico, segundo este uma determinada realidade social pode se apresentar de maneiras diferentes para cada observador. No entanto, mesmo no perspectivismo a realidade se apresenta de maneira única, o que difere são os olhares sobre esta. Baseados nesta concepção optamos por trabalhar com o material empírico por meio da descrição exaustiva dos fatos e das situações.

Minha presença e meu olhar se direcionaram inicialmente pelas minhas expectativas em relação ao objeto. Trabalhar com a clínica obstétrica não se configurava em meus objetivos iniciais de pesquisa. Apesar da minha formação em enfermagem, nunca havia estabelecido contato com esta especialidade. De início, as expectativas em relação ao objeto, giravam em torno das pré-concepções do conhecimento clínico referente a outras áreas da medicina, assim como em relação a outras experiências em outros hospitais. Demorei muito para perceber a especificidade que este novo campo de pesquisa exigia. De alguma forma minha formação se apresentava entre dois extremos, que ora ajudava a compreender determinadas situações clínicas e até certo ponto facilitava meu acesso a determinados locais dentro do hospital, ora esta formação de uma certa forma estava impregnada por um olhar já naturalizado em relação a algumas situações da própria rotina de trabalho dentro do hospital.

Esta dupla condição de pesquisador e especialista respondia também a muitas das expectativas que a própria equipe de saúde possuía em relação a mim. De alguma forma para quem trabalha com saúde é mais fácil compreender a posição de um enfermeiro dentro do

hospital do que a de um sociólogo dentro do hospital. Assim como a recepção para quem é da área da saúde, muito provavelmente, se diferencia em relação a quem não é desta área. As interações com a equipe de saúde, assim como com as pacientes internadas, partiam da minha posição no campo; da minha dupla condição de especialista e pesquisador. O olhar sobre o objeto, sendo este de impossível desvinculação em relação as minhas duas atribuições, criaram uma certa ambigüidade nas posições. Esta foi minha maior dificuldade em lidar com o objeto de pesquisa. Pois esta dupla condição, esta alternância de papéis, ora clarificava ora obscurecia a percepção dos fatos. Não sabia como resolver este problema que se apresentou desde o início de minha pesquisa em campo. Uma das alternativas adotadas foi então a de colocar minha própria posição no campo em análise.

Estes fatos ao revelarem uma carga de ambivalência das posições, alternando entre o olhar de enfermeiro e o olhar de sociólogo, não deveriam serem ocultados, na dissertação, pois fizeram parte e me acompanharam durante toda o processo de sua construção.

Discutir minha própria posição no campo, minhas expectativas em relação ao objeto e as expectativas do objeto em relação a mim, não se mostrou tarefa fácil. E, muitas vezes passível de críticas. Muitas das situações observadas em ambiente clínico não somente causaram estranhamento, mas também “espanto”, tanto em relação às posições dos sujeitos envolvidos na ação, quanto minha própria posição durante os acontecimentos. Seja em situações em que a presença da dor e dos gritos durante o trabalho de parto, seja em situações em que a nudez e a manipulação do corpo das gestantes me surpreendiam pela forma automatizada de sua realização ou em até mesmo em situações em que minha intenção de pesquisa eram bem acolhidas tanto pela equipe de saúde, quanto pelas gestantes. Estas situações formaram o conjunto de observações em que o olhar do pesquisador está em constante discussão com o contexto e com a situação. Logicamente não se trata de fazer uma espécie de auto-análise, mas esta foi a alternativa mais sincera que encontrei para expor minhas dificuldades no trabalho de campo. Para além de um olhar racional sobre o objeto de pesquisa, trata-se também de um olhar relacional e seus atributos subjetivos.

Para esta pesquisa também foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com as gestantes que realizaram seus partos no hospital. As entrevistas foram agendadas durante o período de trabalho de campo e realizadas fora do ambiente hospitalar, normalmente nas residências. Foram realizadas sete entrevistas no total, tanto com mães que tiveram gestação múltipara (duas entrevistas) quanto com mães de gestação primípara (cinco entrevistas). A opção pelas entrevistas se deve pela perspectiva de analisar a experiência de internação das gestantes do ponto de vista das suas narrativas.

No que diz respeito à pergunta de partida que norteia esta dissertação, procuramos descobrir que relações e situações no contexto de clínica hospitalar envolvam o sentimento de pudor. E como os diferentes sujeitos, seja a equipe de saúde ou as mulheres internadas, lidam com as situações e com o pudor. Quais as referências e representações que se constituem as durante as interações e os significados sobre a condição de pudor.

O objetivo geral busca compreender os significados que os sujeitos atribuem ao pudor em relação ao corpo e aos sentimentos. Em que situações sociais estes significados são manifestos. A análise se dirige em no sentido de observar como a questão do pudor e a nudez² do corpo se apresentam no contexto de clínica hospitalar obstétrica. Que sujeitos estão envolvidos nestas relações e como se posicionam no processo nas interações em relação. Uma das hipóteses que estabelecemos é que as relações que envolvem o sentimento de pudor na clínica obstétrica estão relacionadas com constructos morais referenciados pelos processos de modelação dos sentimentos. Processos estes construídos culturalmente, e que envolvem diferentes concepções do corpo e da imagem construída e atribuída a ele pelos sujeitos da ação. Na clínica obstétrica as formas de ação se diferenciam devido à rotina e as características dos procedimentos clínicos realizados. Isto leva os sujeitos envolvidos a lidarem de forma particular com cada situação que possa produzir constrangimento no ambiente clínico hospitalar.

1.1 Crítica ao Conceito de Pudor

Na cultura ocidental a questão do pudor se apresenta formulada principalmente dentro de concepções morais referenciadas às religiões. No Livro do Gênesis Adão e Eva percebem-se nus depois de comer o fruto proibido da árvore do bem e do mal. Proibição esta imposta por Deus que decide castigá-lo a vagarem pelo mundo, fora do paraíso celeste. No “novo mundo” do castigo divino, terão, além de se sustentar com o próprio trabalho, além da incumbência de transmitirem a “culpa” como herança para seus descendentes. No caso da mulher, além do sentimento de culpa, caberá a ela suportar as dores do parto (castigo este que só compreendi quando assisti pela primeira vez um parto).

Jacques Derrida, em sua obra *O Animal que Logo Sou* (2002), considera a visão do “perceber-se nu” como uma manifestação imanente ao ser humano, uma experiência

² Entendemos que a nudez do corpo pode produzir no indivíduo manifestações de pudor, mas convém salientar que o pudor não se reduz a isto, o pudor envolve uma constelação de sentimentos que se manifestam nas mais diferentes situações.

ontológica fundamental presente no animal humano, tratando-se de uma experiência acerca dos limites do humano assim como a razão, a filosofia e o luto. Segundo o autor o ser humano é um animal que se limita por si mesmo, que se perde em um emaranhado em si e nele apenas se debruça. Derrida começa sua análise refletindo-se ao fato inusitado de o homem sentir-se constrangido, quando nu, ao perceber-se objeto do olhar de seu gato de estimação. O sentimento de pudor ele é característico e imanente à espécie humana e representa uma das dimensões mais nítidas do debate e da análise filosófica dos sentimentos.

Na cultura européia, o fato de mostrar-se ou não o próprio corpo, a nudez e sua exposição perante o outro, se apresentam como objeto de atributos morais que serviram tanto como modelo de referências de status social, quanto a modelos que distinguiam o outro por critérios de classificação (BOLOGNE, 1986; BOLTANSKI, 1989; ELIAS, 1993, 1994).

A chegada dos europeus ao continente americano, no primeiro contato com os ameríndios e o fato destes se mostrarem nus ao europeu, causou a primeira vista, muita repulsa. O fato inusitado mexia com os padrões do que os europeus consideravam atitudes “humanas” e “civilizadas”. A nudez e combinada com as práticas de canibalismo suscitou um longo debate entre os europeus para que pudessem situar os habitantes do novo mundo entre o civilizado e o primitivo. Eram os habitantes do novo mundo simplesmente animais no sentido bestial da palavra (“impudicos”, “irracionais”, “selvagens”) ou pertenciam a mais pura natureza, seja ela parte divina (Adão e Eva no paraíso), ou como uma natureza humana bárbara e degenerada por si mesma?

Aos olhos europeus, a nudez parece se construir num conceito flexível, passível de dar conta tanto da degeneração e selvageria, quanto da inocência e divindade. É exatamente a nudez que funciona como conceito chave, capaz de ser associado a outro para a construção da grade classificatória. Se, articulada à generosidade, ilustrada pelo desprendimento indígena nas trocas, a equação nudez/continência sexual/generosidade os qualificava como divinos e inocentes. Em contrapartida, se associada ao canibalismo, à nudez inescapavelmente revelava a perversidade, a selvageria e a crueza de espíritos contidas na equação nudez/incontinência sexual/canibalismo. Confusos, tudo o que os europeus parecem saber é que, de alguma forma, aqueles seres são homens; contudo, destituídos de qualquer traço definidor da humanidade (OLIVEIRA CASTRO, 2007, p. 51).

No entanto, muito da concepção européia de pudor e sua forte preocupação com a nudez do corpo instituíram de forma hegemônica a prerrogativa de que o pudor se apresenta pelo simples fato de alguém aparecer sem as vestimentas. Segundo esta concepção a

exposição do corpo pressupõe o pudor, mas não leva em consideração fatores circunstanciais que circunscrevem o ato de exposição. O pudor como sentimento não se caracteriza somente por estar ou mostrar-se nu. O pudor se constitui em um ato, mais precisamente, num sentimento circunstancial, caracterizado pela condição e pela situação que se encontra o sujeito quando seu corpo é submetido à manipulação indesejada ou objeto da palavra do outro. O fato de estar nu pode se apresentar como consequência ou necessidade da manipulação. Assim também como um conjunto de sentimentos que caracterizam a situação de inferioridade. Portanto, não se pode reduzir o pudor a uma forma única de manifestação ou atribuí-lo a uma única situação.

Tratar o pudor apenas pelo véis da exposição corporal é uma forma reducionista de tratá-lo. Jean-Claude Bologne (1986) que tem seu trabalho voltado à análise da pudicícia no campo da história ocidental, de certa forma compartilha dessa visão reducionista ao enxergar no pudor o ato de natureza sexual voltado predominantemente à exposição corporal. O corpo nu como vitrine para o sentimento.

Segundo Bologne entende-se “pudor” como o “sentimento de vergonha, de incômodo que se tem ao fazer, ao enfrentar ou ao ser testemunha das coisas de natureza sexual; disposição permanente para estes sentimentos” (BOLOGNE, 1986, p. 8).

Segundo o autor podemos dividir o pudor em duas disposições: pudor corporal (sexual) e pudor de sentimento. Nesta forma de considerar ao pudor o autor considera seu centro a “questão cultural” nela envolvida. Segundo essa visão o pudor de sentimento surge mais como uma “enfermidade” do que como uma virtude, serve para dissimular uma “fraqueza”, uma “falta de armadura”. Por exemplo, para Bologne é vergonhoso para um homem mostrar suas lágrimas em público, vergonha de mostrar sua dor. Bologne aponta ainda a distinção cultural entre pudor masculino e feminino. Segundo o autor, no ocidente “o pudor de sentimento é considerado domínio do homem quanto à mulher se privilegia mais o pudor corporal” (BOLOGNE, 1986, p. 8-9-10-11).

É para além destas distinções que se recorta o verdadeiro perfil do pudor: mais que uma reação à nudez ou a uma determinada parte do corpo, é uma questão de tomada de consciência. O pudor é um processo dinâmico, que deveria definir-se em termos de sociologia: só nasce a partir do momento em que percebemos que estamos nus (BOLOGNE, 1986, p. 14).

Observa-se que a referência principal para caracterizar o “verdadeiro perfil” do pudor, segundo o autor, esta associada à tomada de consciência do “estar nu”. No entanto, a pergunta que fazemos é em quais circunstâncias o “estar nu” remete ao sentimento de pudor? Bologne

(1986) considera o sentimento de constrangimento envolvido no pudor decorrente da exposição do corpo. Não queremos dizer que o pudor não se manifestaria em tais circunstâncias, mas consideramos que o sentimento de pudor se encontra permeado por uma “constelação de sentimentos” que estão presentes no ato de exposição e que não se reduzem a ela. Os sentimentos de pudor podem se manifestar na ausência de nudez corporal. Estes envolvem a vergonha, o medo, a humilhação, a culpa, o constrangimento, sendo esta variedade de sentimentos circunscritas por diferentes situações. Neste sentido, o pudor não se manifesta somente pela exposição do corpo, mas em termos circunstanciais surge quando todo um mecanismo de coerção do corpo e/ou do sujeito resulta numa “exposição” eventual do corpo (nudez) ou do sujeito. Trata-se neste caso de uma violência simbólica dirigida ao corpo, que faz o sujeito reagir, a partir de um sentimento já incorporado culturalmente.

Comumente o homem não mostra seu corpo e, quando o faz, é ora com temor, ora com a intenção de fascinar. Parece-lhe que o olhar estranho que percorre seu corpo rouba-o de si mesmo ou que, ao contrário, a exposição de seu corpo vai entregar-lhe ao outro sem defesa, e agora é o outro que será reduzido à escravidão. Portanto, o pudor e o despudor têm lugar em uma dialética do eu e do outro que é a do senhor e do escravo: enquanto tenho um corpo, sob o olhar do outro posso ser reduzido a objeto e não contar mais para ele como pessoa, ou então, ao contrário, posso tornar-me seu senhor e por minha vez olhá-lo (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 230).

Para Elias o pudor também é o reflexo de uma tomada de consciência: “o conflito expressado no par vergonha-medo não é apenas o choque do indivíduo com a opinião social prevalecente: seu próprio comportamento colocou-o em conflito com a parte de si mesmo que representa essa opinião. É um conflito dentro de sua própria personalidade. Ele mesmo se reconhece como inferior” (1993, p. 242).

Na obra *O Processo Civilizador* de Elias (1993, 1994) o pudor aparece como um dos principais mecanismos de controle e autocontrole das pulsões do indivíduos, já que os indivíduos modelam seu comportamento por meio de redes de interdependência. Estas redes atuam no sentido de transformar as relações (por meio do controle das condutas, dos gestos, dos hábitos) em novas formas de relações de condutas e sentimentos. O pudor segundo o autor é um atributo moldado e referenciado a padrões culturais que se diferenciam e se transformam durante as diferentes etapas do processo “civilizador” dos comportamentos nas esferas de relações sócio-históricas. Estes novos padrões de conduta o autor demonstra nos estudos dos manuais de etiqueta do século XVI, no principal deles, há um trecho da obra de Erasmo de Rotterdam – *De civilitate morum puerilium*:

“A pessoa bem educada sempre deve evitar expor, sem necessidade, as partes às quais a natureza atribui pudor. Se a necessidade a compele, isto deve ser feito com decência e reserva, mesmo que ninguém mais esteja presente. Isto porque os anjos estão sempre presentes e nada mais lhes agrada em um menino do que o pudor, o companheiro e guardião da decência. Se produz vergonha mostrá-las aos olhos dos demais, ainda menos devem ser elas expostas pelo toque” (ELIAS, p. 136, 1994).

Em toda obra, o autor apresenta tanto o “pudor” quanto o “sentimento de vergonha”, ora associados ora dissociados, como referenciais para o controle e autocontrole dos padrões de conduta e sentimentos. Poderíamos imaginar que o sentimento de pudor e o sentimento de vergonha estariam (dependendo da situação) em campos distintos. Entretanto, esta forma de classificar o sentimento de pudor não me parece satisfatória, pois reduz o pudor a um único sentimento. Observa-se no trabalho de Elias que o pudor se apresenta como um mecanismo permeado por diversos sentimentos, como o medo, a angústia, a culpa, a violência, a vergonha, sendo estes sentimentos potencializados por mecanismos de coerção (ou modelação) passam a ser incorporados pelos sujeitos. O sujeito, neste sentido, pode ser afetado tanto por uma gama de sentimentos que culminam no pudor, pois um sentimento intensifica o outro.

Observa-se que as análises das questões referentes ao “pudor”, a “vergonha”, ao “constrangimento” ou a “culpa” se apresentam impregnadas por “conflitos terminológicos” muito recorrentes nas teorias sociológica e antropológica que abordam a temática dos sentimentos, das emoções ou dos afetos. Por enquanto, a priori, estes conflitos não se apresentam de fácil solução e atualmente não foram resolvidos de forma consensual nem pela sociologia nem pela antropologia.

O que interessa, para esta pesquisa, são as aplicações destes termos no sentido de clarear o “universo dos estados experienciais dos sujeitos” e não necessariamente formular jargões terminológicos para fins didáticos. Segundo o antropólogo Miguel Naveira (2007), no contexto especializado, as terminologias referentes às “emoções” e aos “sentimentos”, conforme certas “querelas e interesses disciplinares” se apresentam em sentidos diferenciados em algumas correntes de análise:

“Há, por exemplo, quem prefere usar o termo *emoção* (*emotion*) porque interpreta que possui uma conotação mais intersubjetiva do que sentimento (*feeling*) (Lutz, 1988). Outros autores colocam a **emoção** como termo englobante e o **sentimento** como termo englobado, mais

ligado à percepção corporal; se o que se ‘sente’ são as batidas, os movimentos, as reações corporais, a emoção é o resultado final dessas reações, fruto da incorporação de um pensamento – *embodied thoughts* – (Rosaldo, 1984). Pesquisadores ligados à neurobiologia, como Damásio, por exemplo, invertem essa relação e colocam a **emoção** do lado das alterações corporais associadas a determinadas imagens mentais, enquanto utilizam **sentimento** para se referir à experiência dessas alterações” (NAVEIRA, p. 130, 2007).

Em *O Processo Civilizador* Elias, a meu ver, emprega as categorias “vergonha” e “medo” num sentido que “engloba” em relação a outros sentimentos ou emoções nas esferas interpessoais. O que diferencia o pudor da vergonha, nesta obra, é o contexto e a situação neles referenciados, ou seja, o pudor se apresenta nas esferas em que o corpo adquire atributos direcionados a sexualidade com conotações expressamente morais em relação à conduta e à personalidade dos sujeitos. Em relação à vergonha, esta se apresenta num grau ou processo de intensificação da “polidez” em relação às condutas dos sujeitos, num âmbito que possa englobar outras esferas emocionais, como o pudor, o nojo, a repugnância e o medo. Por isso, muitas vezes, quando Elias se refere a “vergonha” nas relações de autocontrole das pulsões, ele aplica este termo no sentido mais geral das próprias relações de autocontrole, ou seja, nas esferas maiores de interdependência, e que estão associadas a outros sentimentos ou emoções relacionados à vergonha. Neste sentido os sentimentos estariam se complementando e se intensificando com outros sentimentos ou emoções, desencadeando – neste caso – uma constelação de sentimentos de acordo com o contexto e a situação (no sentido de categorias morais).

Contudo, não necessariamente o pudor, a vergonha e o medo precisam estar associados num mesmo contexto. Entretanto, quando levamos em consideração uma “constelação de sentimentos” em determinada situação, o sujeito que manifestou pudor pode desencadear outros sentimentos circunstanciais, como a angústia, o constrangimento, a repugnância ou a indignação. Parece-me que, ao abordar os “sentimentos” ou “emoções”, o pesquisador tem de levar em consideração toda uma “constelação de sentimentos”, situada nos contextos e situações em que ocorre a interação dos sujeitos, assim como no seu referencial cultural.

No contexto atual, em relação ao corpo e a exposição do mesmo, observa-se a instauração de uma “moral estética” em relação ao próprio corpo. Em princípio esta moral se apresenta como uma espécie de “liberdade corporal conquistada”, em que a exposição dos corpos se apresenta de forma menos controlada, especialmente para as mulheres. Entretanto, como nos aponta Elias (1994), em relação ao uso dos trajes de banho, esta espécie de

relaxamento da exposição do corpo só foi possível numa sociedade em que os mecanismos de (auto) controle já estivessem fortemente constituídos, ou seja, “em contextos em que o alto grau de controle é esperado – dentro de um padrão ‘civilizado’ particular de comportamento” (GOLDENBERG e RAMOS, p. 25, 2002).

1.2 Inserção no Campo de Pesquisa

Em meu primeiro dia de visita ao Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, fui recebido pela gerente de enfermagem que se encarregou de me apresentar os diversos setores do hospital. Esta primeira visita consistiu, principalmente, da apresentação dos setores clínicos do hospital e dos funcionários de cada setor.

Primeiramente fui apresentado aos funcionários da recepção. Neste encontro foram informados de minha intenção de pesquisa e que eu freqüentaria o hospital diariamente para coleta de dados. Pareceu-me confortante o acolhimento de minha pesquisa pelos responsáveis pelo hospital, percebi neste instante que a dificuldade para a entrada no campo já não representava um grande problema.

Observo que estava atravessando por mais um rito institucional para realização da pesquisa e que deveria por em prática o olhar sociológico sobre o objeto. Segundo Roberto DaMatta (1978) trata-se de “três fases fundamentais” de realização do processo de pesquisa. Segundo o antropólogo a primeira consiste no trabalho intelectual-acadêmico, onde o conhecimento do campo passa por um trabalho “teórico-intelectual” de conhecimento teórico do objeto de pesquisa. A segunda fase é o plano prático ou como os “problemas concretos” se apresentam ao pesquisador quando esse atravessa o plano das reflexões mais abstratas e passa a lidar com a dialética inversa, sua condição material de transporte, moradia, comida. Como a questão é antropológica o pesquisador passa a trabalhar seus principais conceitos de especificidade e relatividade vivida, sua experiência no plano presente e real.

A terceira e última fase do processo de pesquisa - estudos e entrada no campo concreto do objeto - trata do que o autor denomina de a fase “pessoal ou existencial”. Nessa fase o que está em jogo não é delimitar o campo científico-acadêmico em relação ao campo da experiência prática de pesquisa. O que entra em questão é uma espécie de “prolongamento” das fases antecedentes aonde a formação do sujeito pesquisador, sua bagagem intelectual e sua história de vida se entrelaçam com o desejo de conhecer seu objeto, de extrair do objeto as lições necessárias para o conhecimento. Segundo o autor essa fase “pessoal-existencial” tem um caráter integralizador, pois sintetiza “a biografia com a teoria, e a prática do mundo com a

do ofício” (DA MATTA, 1978).

Em seguida a gerente de enfermagem me apresentou o “Ambulatório” que se localiza a esquerda da recepção. Voltamos para o setor “Administrativo” do hospital localizado do lado direito, no entanto, não chegamos a entrar neste setor. Atravessamos a área da recepção até chegarmos a uma grande porta com acesso “restrito” e também os setores “Logístico I e II” do hospital (almoxarifado, refeitório, sala de controle de infecção, farmácia e lavanderia).

Dáí nos dirigimos para a “Clínica Médica” onde fui apresentado a um enfermeiro. A gerente de enfermagem explicou que neste setor havia pacientes que entraram no hospital por meio do “Pronto Atendimento (PA)”. Na sequência conheci a “Pediatria”, que fica em frente ao setor de “Clínica Geral”.

Logo depois me foi apresentado o setor de “Clínica Cirúrgica” e ao “Centro Cirúrgico Obstétrico - CCO”. No entanto, este último somente pelo lado de fora do setor. No “Alojamento Conjunto” (Maternidade) tive contato com várias técnicas de enfermagem que estavam no “posto de enfermagem” e que atendem gestantes e puérperas. Segundo a gerente de enfermagem algumas técnicas de enfermagem do “Alojamento Conjunto” estão trabalhando no hospital há pouco mais de um ano, desde sua reinauguração, enquanto algumas eram recém contratadas.

Se pudéssemos definir em termos sociológicos ou antropológicos esses primeiros dias de trabalho de campo, creio que poderíamos dizer que se constituem para mim em “ritos de passagem”, no entanto, se tratava de um rito institucional. O ritual ou protocolo da instituição foi cumprido, primeiro pela apresentação do hospital ou “é isso que temos”, concomitantemente com a apresentação dos funcionários de cada setor ou “esses somos nós”. Por todo percurso enquanto assimilava algumas informações, também era apresentado ao “campo” e aos sujeitos da pesquisa. O ritual é desempenhado para fins de garantir uma padronização da “fachada” pessoal de cada sujeito, e assim mantê-la “preservada” durante as interações cotidianas, diferenciando conforme cada contexto situacional (GOFFMAN, 2009, 2010).

Segundo Goffman (2009) a “fachada” é o equipamento expressivo de tipo padronizado intencional ou inconscientemente empregado pelo indivíduo durante sua apresentação. A fachada pessoal compreende uma série de itens expressivos, aos quais identificamos de modo mais íntimo o próprio sujeito. As partes da fachada pessoal incluem os distintivos da função ou da categoria, vestuário, sexo, idade e características raciais, altura e aparência, atitude, padrões de linguagem, expressões faciais, gestos corporais e coisas semelhantes. O autor divide os estímulos que definem a fachada pessoal em dois tipos, a “aparência” e a “maneira”,

de acordo com a função de informação exercida que estes estímulos transmitem no processo de interação.

“Pode-se chamar de “aparência” aqueles estímulos que funcionam no momento para nos revelar o *status* social do ator. Tais estímulos nos informam também sobre o estado ritual temporário do indivíduo, isto é, se ele está empenhado numa atividade social formal, trabalho ou recreação informal, se está realizando, ou não, uma nova fase no ciclo das estações ou no seu ciclo de vida. Chamaremos de “maneira” os estímulos que funcionam no momento para nos informar sobre o papel de interação que o ator espera desempenhar na situação que se aproxima. Assim, uma maneira arrogante, agressiva pode dar a impressão de que o ator espera ser a pessoa que iniciará a interação verbal e dirigirá o curso dela” (GOFFMAN, 2009, p. 31).

Segundo o autor quando um sujeito assume um papel social estabelecido, geralmente verifica que há uma determinada fachada estabelecida para esse papel. Quer o investimento no “papel” tenha sido primordialmente motivada pelo “desejo” de desempenhar a mencionada tarefa, quer pelo desejo de manter a fachada correspondente ao papel, o sujeito verificará que deve fazer ambas as coisas, afinal será o desempenho de ambas que legitimará sua própria fachada (HAGUETE, 2010). Conseqüentemente, como nos aponta o autor, os sujeitos esperam certa “compatibilidade” entre as ações afirmadoras das “aparências” e das “maneiras”, dadas aos papéis atribuídos e as expectativas em relação à ação.

Durante minha primeira semana de trabalho de campo, no quarto dia de visitas me encontrei com a enfermeira responsável pelo “Alojamento Conjunto” e pela “Pediatria”³. Nesse dia estava presente também a gerente de enfermagem. Rapidamente me apresentei à enfermeira e falei que estava realizando uma pesquisa sobre a maternidade. A gerente de enfermagem falou de minha formação em enfermagem e disse que eu visitaria o hospital para fazer o trabalho de campo.

Depois de algum tempo dirigi-me para ao “Alojamento Conjunto” e de lá para a sala de “Estar Familiar”. Quando chego à sala de “Estar familiar” estava ocorrendo uma reunião com pacientes puérperas⁴ que receberiam alta neste dia. As mães estavam sentadas e no fundo da sala acompanhadas de seus bebês. Já era o final da reunião e a enfermeira perguntou às mães se elas tinham alguma dúvida ou perguntas para fazer. As mães continuaram em silêncio

³ A enfermeira do plantão diurno é responsável tanto pelo setor de “Alojamento Conjunto” quanto pelo setor de “Pediatria”, coordenando duas equipes de enfermagem nestes dois setores. Já a enfermeira do plantão noturno, além dos dois setores, também fica responsável pelo setor de “Centro Cirúrgico Obstétrico”.

⁴ “Puérpera” significa mulher que deu à luz muito recentemente. O mesmo que “parturiente”, sendo que este último termo também se aplica à mulher em trabalho de parto. Informação de acordo com o dicionário Priberam da Língua Portuguesa.

e pareciam um pouco cansadas. Fui apresentado às mães presentes “ele também é enfermeiro se quiserem perguntar algo ele também poderá responder”. As mães novamente se mantiveram em silêncio, algumas abaixaram a cabeça enquanto acariciavam seus bebês, outras faziam sinal de “não” com a cabeça.

Nunca pensei que seria tão bem recebido pelos profissionais do hospital, nesse momento minha entrada em campo não apresentou maiores problemas. Percebo que o fato de ser formado em enfermagem colaborou para “legitimar” minha presença. Como veremos, essa “legitimidade” não era plena e tinha que ser, até certo ponto, negociada. Mas o fato marcante é que mesmo ao afirmar que minha pesquisa era uma pesquisa sociológica, o fato de ser enfermeiro parecia que minha presença durante o trabalho de campo era a de um especialista, com as atribuições e prerrogativas da área em que era especializado. O reconhecimento como enfermeiro, pertencente, portanto, a um “nós”, é que me possibilitava a integração com a equipe. Eu não era um completo estranho e minha formação de enfermeiro estava na base de nossa interação.

Em termos sociológicos os sujeitos se apresentam para interação social por meio de seus componentes expressivos de emissão daquilo que pretende representar (que podem ou não serem compartilhados) dependendo das formas de atuação e da situação presente na ação. Chamaremos esta emissão de componentes expressivos da “fachada”, campo expressivo por onde os sujeitos negociam sua identidade social. Se o sujeito para Goffman (2009; 1974) é o sujeito da ação motivado a reafirmar-se por meio da interação, então este sujeito se apresenta num campo específico de atuação, ou seja, o campo do “momento presente”, a situação. É este momento presente, a situação, que limita ou delimita o campo de ação e suas formas de atuação, mas é também esse campo que proporciona aos sujeitos, de acordo com os papéis a serem desempenhados, suas possibilidades de atuar no palco da ação.

Segundo o autor o componente “expressivo” da vida social seria uma fonte de “impressões” dadas ou recebidas por outrem. A impressão, no entanto, seria como uma fonte de informação a respeito de fatos pouco aparentes e como meio pelo qual as pessoas que a recebem podem orientar sua resposta ao “informante”. O sujeito tende a tratar os “outros” presentes com base na “impressão” que dão no “agora” (presente) a respeito do passado e do futuro. É no momento presente que os atos comunicativos se traduzem em atos morais. “Venho usando o termo “representação” para me referir a toda atividade de um indivíduo que se passa num período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência” (GOFFMAN, 2009, p. 29).

Baseados na experiência passada, os sujeitos podem levar em consideração que outros

sujeitos podem ser encontrados em um determinado cenário social. Neste caso, o cenário social se apresenta como um dos elementos do quadro de referências constituintes da interação social. Neste sentido, o processo de interação é uma das formas que as “impressões” dos sujeitos se “apresentam” aos próprios sujeitos envolvidos na interação, ou seja, o significado e o sentido que eles dão às situações vivenciadas. Os sujeitos (ou atores) estão de alguma maneira, mobilizados ou em constante esforço em desempenhar, durante o processo de interação, as “aparências” e as “maneiras” de sua “fachada” que necessitam ou pretendem transmitir (GOFFMAN, 2009).

Por exemplo, durante o trabalho de campo de alguma forma minha presença não se apresentava como nula ou imperceptível para os outros indivíduos, muito pelo contrário. Minha presença no campo de observação e interação se apresentava como algo a ser significado ou referenciado. Muitas das atribuições que se dirigiam à minha posição como pesquisador ou “observador” evidenciavam um conjunto de “posições” ou “papéis” próprios do campo de pesquisa. Muitas atribuições remetidas a mim durante a pesquisa de campo me revelavam o que pensavam os sujeitos envolvidos nos processos de interação dentro do hospital, sejam eles funcionários ou pacientes.

Em um dos casos, enquanto me encontrava no posto de enfermagem do Alojamento Conjunto, depois de algum tempo anotando algumas informações no caderno de campo, uma das técnicas de enfermagem do posto me perguntou se eu estava escrevendo o que ela dizia. Um pouco surpreso respondi que “não” e algumas das enfermeiras começaram a rir. Achei engraçado também e comentei que a motivação da pergunta era porque a todo o momento eu não parava de escrever. Rapidamente a técnica de enfermagem comentou, “pois é você não para de escrever e eu não paro de falar”. Realmente a técnica de enfermagem a todo o momento tagarelava no posto, entretanto, eu não estava anotando o que ela dizia. Confesso também que havia certa coincidência, pois a técnica não parava de falar enquanto eu não parava de escrever. Devido a estas circunstâncias criou-se certa desconfiança ou até mesmo certa curiosidade sobre minhas anotações, neste caso, expressa pela técnica de enfermagem através da pergunta que me dirigiu.

Não era e não foi a primeira vez que meu caderno de campo e minhas anotações haviam chamado a atenção de funcionários do hospital. Lembro que quando descrevia no caderno o setor “Logístico I” do hospital, uma das funcionárias da limpeza pareceu intrigada com minha presença e com minhas anotações. Quando outro funcionário da manutenção circulava pelo setor esta chamou sua atenção por diversas vezes se referindo ao fato dele “estar trazendo muita sujeira para o setor”. Sua reclamação era válida, pois este estava com as

botas sujas. No entanto, suas palavras eram ditas de forma a serem ouvidas por mim e quem sabe motivadas por certa preocupação ao achar que eu estaria “fiscalizando” ou “vistoriando” o setor.

Em outro momento no “Ambulatório” uma técnica de enfermagem e um técnico em radiologia, foram bem educados com minha presença dizendo para ficar “à vontade” enquanto escrevia em meu caderno de campo. Curiosamente os dois me chamaram de “doutor” provavelmente me confundindo com um médico⁵. Logo depois apareceu outro funcionário, este responsável em transportar as amostras de hemoderivados coletados para exames laboratoriais. O funcionário era engraçado e brincalhão e quando me viu escrevendo, comentou sem hesitar: “Ih, essas pessoas de prancheta é fogo”! Lembro que também brinquei dizendo que não era prancheta e sim meu caderno de campo. E o funcionário respondeu “que diferença faz?”

Talvez o funcionário não tenha entendido que minha função dentro do hospital era a de pesquisador. Mas nesse caso são as primeiras impressões dos sujeitos da ação que chamaram mais a atenção. Minha “fachada” remetia de alguma forma a alguns significados já estabelecidos no hospital, a de funcionário, e a ação envolvida que compreendia caneta e caderno de campo e anotações, numa posição estratégica dentro do posto de enfermagem ou pelos corredores, subtendia-se que se tratava de um funcionário em processo de “fiscalização” ou “vistoria”. Quando por alguma ocasião ou necessidade explicava sobre minha pesquisa, muitas vezes recebia apenas um sinal de positivo com a cabeça acompanhado de silêncios e olhares reflexivos. Perguntas como “mas o que você pretende estudar?” também eram feitas mesmo tendo-as respondido anteriormente. No entanto, quando as ocasiões não exigiam que explicasse meu objeto de pesquisa à sensação que sentia era de certo desinteresse pela questão, talvez disfarçada pela “fachada” como diria Goffman (2009) ou apenas pouco interesse mesmo. As reflexões de Foote-Whyte (1980) sobre sua entrada de campo para a realização de sua pesquisa que resultaria na obra intitulada *Sociedade de Esquina* (2005) nos remetem aos processos de negociação da presença do pesquisador em campo.

“Logo descobri que as pessoas estavam desenvolvendo a sua própria explicação sobre mim: eu estava escrevendo um livro sobre Cornerville. Como esclarecimento isso podia parecer inteiramente vago e, no entanto, era suficiente. Descobri que minha aceitação no bairro dependia muito mais das relações pessoais que desenvolvesse do que das explicações que pudesse dar.

⁵ No começo do meu trabalho de campo muitas pessoas que até então não me conheciam, tinham o costume de me chamar de “doutor”. Neste caso específico a referência era a de um profissional médico. Mais adiante voltaremos a esta questão.

Escrever um livro sobre Cornerville seria bom ou não, dependendo da opinião expressa a respeito da minha pessoa. Se eu fosse uma boa pessoa, o projeto era bom, se não fosse, nenhuma explicação poderia convencê-los de que o livro era uma boa idéia” (FOOTE-WHYTE, 1980, p. 79).

No processo de interação como observador-participante a inserção no campo nos remete a negociação dos significados de nossa presença. Aqui o significado de “*Self*” também é prerrogativa do pesquisador já que este se apresenta de alguma forma entrelaçado com o objeto de pesquisa e seus participantes. O pesquisador se forma como sujeito de pesquisa no processo de ação, ou seja, pesquisando. Todo conteúdo performático desempenhado durante a interação se trata de um conteúdo em relação a outro sujeito. O social em suas diversas formas, de alguma maneira não consegue se desvencilhar de seu conteúdo moral. O “*Self*” como representação social dos sujeitos quando analisados na perspectiva do interacionismo simbólico se apresenta como um “*Self moral*” e também poderíamos dizer como um “corpo moral”, no caso em constante criação em relação ao “*Self*” ou “corpo” de outro sujeito da ação (GOFFMAN, 2009).

De alguma forma para os funcionários do hospital que já me conheciam, o fato de ser formado em enfermagem, era o ponto de partida para as primeiras interações. Para alguns deles não era de interesse compreender cada detalhe da pesquisa, e sim estabelecer relações que trouxessem uma complementação de sentidos, interesses profissionais, condições de trabalhos, discussões cotidianas. Assim, cada participante procuram re-significar os componentes da “fachada” que mais compreendem e que estão no seu campo de atuação.

Seja pelos diversos cargos ou funções, pelo conteúdo científico ou moral, pelo fato de representar um papel preponderante ou secundário ou nenhum papel ainda assimilado, o que se observa é que quando o sujeito precisa desempenhar um papel social, este papel se torna parte da sua personalidade, sua máscara social mais reconhecida. São estas máscaras e seu *ethos* incorporado que diferenciam de alguma forma os diversos estilos de atuação minuciosamente desempenhados pelos sujeitos.

No momento em que estava realizando a descrição da “Clínica Cirúrgica” conversava com uma técnica de enfermagem de outro setor (volta e meia se queixando de suas condições de trabalho e de outros funcionários). Outra técnica de enfermagem, que neste momento trabalhava na “Clínica Cirúrgica”, me perguntou qual era minha função no hospital. Respondi que estava realizando uma pesquisa para a dissertação de mestrado sobre a maternidade e sobre as gestantes. Ela comentou “Ah, bom! Pensava que você ficava fiscalizando se a gente fazia as coisas certas ou erradas. Observando o que a gente fazia”. Depois de algumas risadas

com a outra técnica comentei que “observava tudo menos isso”.

A questão da “fiscalização” poderia ser atribuída ao fato de estar usando jaleco branco para realizar o trabalho de campo, mas também por estar constantemente observando e anotando em meu caderno. Também o fato de circular por diversos setores e registrar tudo que observava gerava certa desconfiança dos funcionários menos esclarecidos sobre minha função. Por estar visitando há pouco tempo o hospital, muitos ainda não me conheciam. Entretanto, para eles saber se eu era da área da saúde não era o suficiente, pois minha função no hospital ainda era uma incógnita. Realmente uma das prerrogativas da profissão de enfermeiro é a de fiscalizar se a rotina de trabalho de sua equipe está sendo realizada de maneira correta e corrigi-la se for necessário, daí que suas suspeitas não eram infundadas.

Durante o trabalho de campo, por muitas vezes e propositadamente, deixava de me apresentar a alguns funcionários. Esperava sempre a reação do funcionário, fosse médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, funcionários da limpeza. Esperava para saber qual seria a “primeira impressão” desses funcionários a meu respeito. O fato de não ter uma rotina fixa ou pré-estabelecida pode ser outro elemento que contribuíram para pequenos enganos em relação a minha função.

Neste ponto, este trabalho se utiliza da prerrogativa de Goffman (2009) em seus componentes de análises. Segundo o autor a “fachada” é constantemente fabricada e negociada pelos participantes da ação. Se existem atributos de identificação fixos estes só se reafirmam ou se legitimam durante o processo de interação e na presença de outros participantes. Se levarmos em consideração que a “realidade” é uma construção social resignificada a cada instante durante o processo de interação simbólica, podemos dizer então que o sujeito demonstrará quase sempre a sua parte da realidade ou sua interpretação dos acontecimentos. Como diria William I. Thomas: “vivemos de inferências” (GOFFMAN, 2009, p. 13).

2 O HOSPITAL E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Meu primeiro contato com o Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais foi quando, ao apresentar minha intenção de pesquisa para a Secretária de Saúde do município de Pinhais, fui encaminhado por ela para conversar no dia seguinte com o diretor geral do hospital. Apresentei minha intenção de pesquisa e o tema que iria desenvolver, explicando que se tratava de uma pesquisa para a dissertação de mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Paraná.

Durante minha apresentação o Diretor Geral e a Enfermeira Chefe do Hospital me perguntaram “como eu iria realizar a pesquisa”, ou melhor, que metodologia iria empregar. Expliquei que o trabalho de campo basear-se-ia na técnica da “observação participante”. Para isso, iniciaria uma rotina de visitas no hospital para observar a rotina de trabalho dos funcionários e também acompanhar algumas gestantes durante o processo de internação. Frisei para completar que na parte final do trabalho de campo iria realizar algumas entrevistas com os profissionais de saúde e com gestantes que realizaram seus partos no hospital. Entretanto, enfatizei que as gestantes seriam entrevistadas fora do ambiente hospitalar.

Estava surpreso em conseguir esta entrevista de forma rápida e também ao fato de que em nenhum momento houve questionamentos sobre a escolha do tema da pesquisa. Em seguida recebi a permissão para iniciar o trabalho, desde que trouxesse a documentação necessária para sua realização.

O Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais surgiu, primeiramente, para atender a demanda da população do município. No entanto, por disputas políticas foi fechado quando um novo grupo político assumiu a prefeitura do município. Este fato repercutiu negativamente para os anseios da população. Muitas gestante tiveram que se deslocar pra outros centros de atendimento localizados em outros municípios da região. Difundiu-se no município a idéia de que “as crianças de Pinhais não nasciam em Pinhais”. Depois de cinco anos a nova administração que assumiu a prefeitura teve como compromisso de campanha eleitoral a reabertura do hospital municipal. Para este empreendimento a atual administração pública necessitou realizar uma reforma geral no hospital.

O novo Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais foi inaugurado no dia 15 de Março de 2010, atendendo integralmente pacientes pelo Sistema Único de Saúde – SUS. Atualmente o Hospital já completa dois anos de funcionamento, registrando mais de 170 mil atendimentos. Além de internamentos e consultas ambulatoriais, o hospital realiza exames

como radiografia, eletrocardiograma, exames laboratoriais, anatomopatológico, ultrassonografia, teste do pezinho, teste da orelhinha.

Os números da Regional de Saúde do Estado mostram que mais de 65% das gestantes do município de Pinhais utilizam do sistema público de saúde e que o número de gestantes atendidas no hospital dobrou desde sua reabertura. Nestes dois anos já foram realizados mais de 2.300 partos. No período em que realizei o trabalho de campo, em março de 2011 o hospital comemorava marca de 1.000 partos realizados, indicado num grande outdoor em frente ao hospital. Entre as patologias de atendimento às gestantes estão o falso trabalho de parto, cólica nefrítica, dor lombar, hiperemese gravídica, infecção do trato urinário, pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, sangramento vaginal, ameaça de aborto, e cirurgias ginecológicas.

Em 2010 foram realizados 805 partos, sendo 64,6% normal e 35,4 % de parto cesáreo, com 34 recém-nascidos prematuros. Em 2011 o hospital realizou 1.292 partos, sendo estes 66,4% de parto normal e 33,6% de parto cesáreo, com 36 recém-nascidos prematuros.

O hospital é dividido em vários setores entre eles estão o Setor Administrativo, o setor de Ambulatório, setores de Apoio Logístico I e II, o setor de Clínica Médica, o setor de Pediatria, o setor de Clínica Cirúrgica, a Central de Materiais e Esterilização, o setor de Alojamento Conjunto e o setor de Centro Cirúrgico Obstétrico – CCO (Figura 1).

No hospital há 20 leitos de maternidade (“Alojamento Conjunto”), 19 de “Pediatria”, 17 de “Clínica Médica”, 9 de “Clínica Cirúrgica”, 4 observação, 4 pré-parto (“CCO”) e 4 leitos de cuidados intermediários. A média de partos realizados em 2010 chegaram a 805 partos realizados, sendo estes 61,61% de parto normal e 35,40 % de parto cesário, apresentando 34 recém-nascidos prematuros. Em 2011 o hospital teve uma média de 1.292 partos realizados, sendo estes 66,40% de parto normal e 32,35% de parto cesário, apresentando 36 recém-nascidos prematuros.

O Hospital Maternidade Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, assim como a maioria dos hospitais que conheci recentemente, dão a impressão de serem muito menores do que aparentam. Hospital possui quatro corredores intercalados paralelamente, todos unidos por pequenos corredores em seu eixo central. Esses pequenos corredores internamente formam um grande corredor que começa desde a recepção do hospital passando por diversos setores até terminar no Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO).

Muito recentemente o hospital passou por uma reforma interna, sendo internamente muito bonito. Observa-se internamente toda sua amplitude e sua capacidade para atender uma demanda social em variadas dimensões clínicas, seguindo sempre a lógica de distribuição dos

espaços de acordo com as clínicas da medicina contemporânea e da estrutura da moderna organização. Associados a estes componentes observamos um variado número de corredores, salas, setores, postos de enfermagem, materiais e equipamentos e muitas pessoas nele trabalhando e se tratando.



Foto 1: Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010.

2.1 Sala de Recepção

Entrando no Hospital nos deparamos com a área de recepção. Esta se divide entre uma “área de espera”, apresentando um conjunto de 36 cadeiras, somadas a uma área constituída por três guichês destinados ao atendimento dos usuários. Um pouco antes da recepção, à esquerda, se encontra a entrada do Ambulatório de Retorno, onde os pacientes são atendidos quando dão entrada no Hospital. No outro extremo da recepção encontra-se um longo corredor que dá acesso a Administração do Hospital (Recursos Humanos, sala de reuniões, diretoria, auditoria, gerência administrativa e gerência de enfermagem). Logo na entrada do hospital, à direita, encontra-se a sala do Serviço Social e a sala de Supervisão do Atendimento. Próximo a recepção há uma TV de plasma com a programação dos canais abertos, ao lado encontramos um mural com uma foto grande de um bebê com os dizeres “Quer ser meu amigo”?

2.2 Ambulatório de Retorno

O Ambulatório de Retorno se configura na principal entrada dos pacientes no hospital. É neste setor que se realizam consultas e se recebe diagnósticos. Os pacientes são atendidos de acordo com a especialidade médica requerida, realizam exames e recebem os primeiros cuidados.

Passando pela porta do Ambulatório nos deparamos logo à direita com o Posto de Enfermagem⁶. Geralmente a localização dos postos de enfermagem se encontra no início de cada setor. O Posto de Enfermagem desse setor possui uma pequena mesa central e duas cadeiras. Nele se realizam anotações e registros clínicos, e também é local onde os funcionários se encontram para organizar e discutir suas ações. No Posto de Enfermagem também se encontram uma pia grande para higienização de material e uma pequena para higienização das mãos. Logo acima das pias encontra-se uma placa de identificação da área de Serviços, sendo destinada para preparação de material clínico. Ao lado da pequena janela que dá para a recepção se encontra uma pequena geladeira onde se armazenam sangue e urina e secreções que serão encaminhados para o laboratório para análise. Nesse mesmo posto também se encontram um relógio de parede, um armário com diversas pastas e um painel para informações.

À esquerda do Posto de Enfermagem encontramos a sala de Atendimento de Urgência e do lado esquerdo uma sala de “Observação”. A sala de “Atendimento de Urgência” é utilizada para assistência clínica imediata. Esta sala contém cama para atendimento, cilindro de oxigênio, armário grande e nele material clínico. Na sala de “Atendimento de Urgência” também se encontram um “carrinho de emergência” para atendimento a pacientes em estado grave.

No Ambulatório para atender a demanda dos pacientes encontra-se um enfermeiro e duas técnicas de enfermagem. Da equipe médica geralmente quem circula por este setor são os médicos obstetras, principalmente para as consultas agendadas com as gestantes. Há também um médico clínico geral, responsável por pacientes da “Clínica Geral” e da “Clínica Cirúrgica”.

A maioria dos pacientes que necessitam de atendimento de urgência são encaminhados pelas “Unidades de Saúde” do município. Em alguns casos são encaminhados pacientes que

⁶ O Posto de Enfermagem se configura em um espaço destinado a equipe de enfermagem e a equipe médica para a realização de determinadas funções da rotina de trabalho dessas ocupações, contendo o material necessário para a realização de registros, prescrições, anotações e preparação de medicações. Também se configura em espaço de organização entre os profissionais da rotina de trabalho.

foram atendidos pelos ambulatórios móveis (ambulância). No entanto, são poucas as ocorrências de atendimentos emergenciais no hospital, sendo estas atendidas na grande maioria das vezes na “Unidade de Pronto Atendimento” 24 horas (PA) do município, localizada ao lado do hospital.

A sala ao lado denominada de sala de “Observação” é destinada para o uso das gestantes atendidas pelo hospital, quando estas necessitam de alguns cuidados clínicos ou apenas se queixam de dores. Segundo o enfermeiro a maioria das gestantes realizam o pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde e em alguns casos são encaminhadas para o hospital, entretanto, também são admitidas gestantes que se dirigem diretamente para o hospital para a realização de consultas. Nesta sala as gestantes recebem os cuidados necessários para cada caso clínico. Por exemplo, numa ocasião estive conversando com uma gestante que me informou que estava sentindo dores no abdômen, estava com 32 semanas de gestação e naquele momento já tinha sido atendida por um médico. A gestante permanecia deitada em repouso enquanto recebia medicação.

Voltando ao pequeno corredor encontramos à direita uma “Sala de Exames” e no lado esquerdo um “Consultório”. Este último destinado a consultas agendadas com gestantes que ainda estão realizando pré-natal. Já no final do corredor nos deparamos com uma sala de tamanho médio e levemente escura. À esquerda se encontra mais um “Consultório”. Este “Consultório” contém uma mesa para consulta e no meio da sala um biombo que praticamente divide a sala em duas áreas. Na área atrás do biombo há uma cama e um pequeno armário.

2.3 Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO)⁷

Inaugurado com a abertura do Hospital em 2010, o “Centro Cirúrgico e Obstétrico” (CCO), realiza atendimentos de partos normais, cesáreas, partos instrumentais, cirurgias pequenas, médias e curetagem. O local possui quatro salas, todas equipadas com carrinho de anestesia, aspirador, eletro-cautério, berços aquecidos, fototerapia, incubadora, cardiotoco, bomba infusora e monitor cardíaco. Segundo dados do hospital, somando as áreas de apoio e as salas cirúrgicas, o setor totaliza 473 metros quadrados. O CCO também realiza atividades na organização e oferecimento de serviços de Cirurgia Geral, entre elas cirurgias eletivas e emergenciais de apendicectomia, colecistectomia, herniorafia Inguinal, cirurgia epigástrica e

⁷ Embora seja denominado Centro Cirúrgico Obstétrico, nele se realizam cirurgias de caráter geral e não somente obstétricas. Esta denominação se deve ao fato da Maternidade ser referência no atendimento, embora o hospital seja um hospital geral de média complexidade, com várias especialidades clínicas.

incisional, histerectomia, e pequenos procedimentos, como retirada de verrugas e nódulos subcutâneos. Também são realizados atendimentos intra-hospitalares de suporte às especialidades atendidas na unidade e em outros hospitais. Tanto a realização de partos quanto as cirurgias de clínica geral são coordenadas pela equipe de saúde, tendo uma sala reserva para cirurgia de emergências.

Conversei com a enfermeira que trabalha no setor do Centro Cirúrgico Obstétrico do Hospital. Primeiramente, perguntei se poderia realizar uma visita para conhecer o setor. Prontamente, respondeu-me que sim e que não haveria nenhum problema nisso. Logo depois a enfermeira indicou-me o local para a troca de roupas do setor. No Centro Cirúrgico existem duas entradas, uma a direita por meio de uma porta grande de veneziana. Por esta porta dão entrada as pacientes gestantes e também os pacientes que necessitam realizar outros tipos de cirurgia. Por exemplo, no Centro Cirúrgico são atendidos tanto pacientes gestantes que irão realizar parto normal ou cesárea, assim como pacientes que realizam tratamentos clínicos e que necessitem, de alguma forma, de tratamento cirúrgico (cirurgia de apêndice, vesícula, hérnia, curetagem, etc.).

Ao atravessarmos a porta de entrada do Centro Cirúrgico Obstétrico nos deparamos com uma pequena sala que serve como uma espécie de “sala intermediária” entre o corredor principal do hospital e o Centro Cirúrgico Obstétrico. É nesta sala intermediária que são entregues os pacientes que darão entrada no setor. Pacientes advindos tanto do “Ambulatório de Retorno” quanto de outros setores do hospital, como os setores de “Clínica Cirúrgica” e “Clínica Médica”. Geralmente as gestantes dão entrada no Centro Cirúrgico Obstétrico por meio de macas ou cadeiras de rodas normalmente guiadas por técnicos de enfermagem de cada setor. As gestantes que dão entrada no “Centro Cirúrgico” se deparam com o que denominei de “sala central” do setor. Esta “sala central” é constituída pelo “Posto de Enfermagem” e por dois corredores, um do lado esquerdo e outro do lado direito. Além destes há um pequeno corredor que se localiza do lado direito da “porta de entrada” dos pacientes, é um corredor pequeno e estreito, e nele se encontram quatro salas. Entre elas estão uma de “material esterilizado. Neste mesmo corredor também se encontram uma sala que serve de copa. Há também uma sala de “Estar plantão” para descanso do anestesista. Já no final do pequeno corredor se encontra uma sala de “Rouparia” onde se localizam dentro de um armário os cobertores, os lençóis e as toalhas que serão utilizados pelo setor.

Passando para a “sala central” encontra-se o “Posto de Enfermagem” do setor. Reparo que este “posto de enfermagem” é um dos maiores do hospital. O posto é todo ele circunscrito por um grande balcão. Do lado de dentro do “posto de enfermagem”, em sua parte interior

está embutido um longo armário que serve como uma grande mesa que percorre todo o espaço do balcão, e é utilizado pela equipe do setor para preenchimento dos prontuários, anotações e registros. Nesta parte do balcão há uma grande variedade de utensílios e material de uso da rotina de trabalho dos médicos e enfermeiros. Geralmente são pastas, prescrições clínicas, exames, materiais clínicos (contidos em pequenos caixas ou vasilhas), prontuário de pacientes (normalmente ficam enfileirados em cima do balcão depois de preenchidos).

No “posto de Enfermagem” há uma “Área de Serviços”, com uma grande mesa de pedra embutida na parte superior em uma pia, nesta área há uma grande variedade de materiais clínicos, como algodão, luvas, gazes, esparadrapos, agulhas, bandeja, álcool, estetoscópio e óculos de proteção.

Na parede do posto de enfermagem há diversos dizeres e informativos os quais se dividem entre os informativos prescritos na “Área de Serviços” e os informativos inscritos no interior do balcão. Por exemplo, na parede da “Área de Serviços” há a seguinte inscrição “Srs. Médicos é obrigatório o preenchimento do diagnóstico no laudo de AIH”. Também se encontram na parede dizeres informativos em forma de cartaz como “Requisitos para a doação de sangue”. No balcão do posto há vários informativos como “Relação dos exames para laboratórios”, outro sobre a “escala de trabalho” dos funcionários e seus respectivos plantões, e também “Códigos Procedimentos AIH (Parto Normal, Cesárea, Tratamento Clínico, Curetagem, Gravidez Ectópica). Na parede ao lado do posto há um cartaz sobre “A avaliação e manejo em emergências obstétricas”, com organograma específico para estes procedimentos.

Do lado esquerdo da “sala central” do Centro Cirúrgico Obstétrico, está à sala de “Pré-Parto”. Local este onde as gestantes são encaminhadas quando dão entrada no “Centro Cirúrgico” para realização do trabalho de parto. Nesta sala as gestantes ficam esperando e se preparando para o momento da realização do parto, estão frequentemente acompanhadas pela equipe de enfermagem e pela equipe médica. Do lado direito da entrada da sala de “Pré-Parto” encontra-se a sala de “Preparo e Indução”, nesta sala ficam as gestantes que necessitam de acompanhamento clínico, as que sofreram aborto espontâneo e/ou precisaram realizar cirurgia de curetagem.

Passando pelo “Posto de Enfermagem” indo em direção ao corredor do lado direito do Centro Cirúrgico Obstétrico encontramos duas salas, uma na direita que é a sala de “Recuperação Pós-cirúrgica (REPAI)”, para onde são encaminhadas as gestantes no pós-cirúrgico. Nesta sala as gestantes ficam em repouso pós-parto e sob acompanhamento da equipe de enfermagem. A sala de “Recuperação Pós-cirúrgica (REPAI)” contém de duas a três

macas conforme o número gestantes sob cuidados clínicos pós-cirúrgico.

Saindo da sala de “Recuperação Pós-cirúrgica (REPAI)” do lado esquerdo do corredor localiza-se a sala de “Recuperação Pós-Parto”, entretanto esta sala é destinada para o repouso da equipe médica. Tanto as parturientes quanto outros pacientes em tratamento clínico são encaminhados para a sala de “Recuperação Pós-cirúrgica (REPAI)” para repouso, monitoração e assistência.

Interessante observar que quando estamos na parte interior do “Posto de Enfermagem” obtemos uma visão privilegiada da sala de “Pré-Parto” e da sala de “Preparo e Indução”. As duas salas ficam de frente para o “Posto de Enfermagem” e geralmente estão com suas portas abertas, pouco se diferenciam das outras enfermarias do hospital, entretanto, apresentam algumas especificidades. Por exemplo, a sala de “Pré-Parto” contém materiais básicos para procedimento clínicos (algodão, luvas, álcool, gazes, agulhas, seringas, esparadrapos, micropore, etc.). Em outros setores geralmente estes materiais ficam distribuídos em pequenos armários nos corredores ou na “Área de Serviços” dos postos de enfermagem. Há também sobre uma pequena mesa na sala de “Pré-Parto” um aparelho para monitoração cardíaca e um esfigmomanômetro. Reparo que a sala de “Pré-Parto” tem três leitos, um a menos que nas enfermarias de outros setores do hospital. Ao que parece isto se deve porque o banheiro da sala é bem grande, suas dimensões são maiores se comparado aos banheiros de outras enfermarias. Cada leito tem uma pequena mesa, elevada e móvel, localizada na parte inferior da cama.

A sala de “Preparo e Indução” possui dois leitos, duas janelas amplas de vidros fosco, um aparelho para verificação da pressão arterial, pia, duas escadinhas e um biombo.

Caminhando em direção ao corredor que se localiza do lado esquerdo do da “sala central” do Centro Cirúrgico encontra-se pelo lado esquerdo a porta do vestiário dos funcionários do setor. E do lado direito deste corredor uma sala de “Utilidades/Sistema”. Esta sala é utilizada para limpeza de materiais do setor e onde contém a maioria dos materiais e equipamentos utilizados para higienização do setor.

Continuando pelo corredor do lado esquerdo do “Centro Cirúrgico”, em frente a uma grande porta de entrada estão o setor e as salas de cirurgias. Neste “sub setor” cujo nome é “Setor de Cirurgia do Centro Cirúrgico”, passando para o corredor podemos observar quatro salas de cirurgia. Ao passarmos pela entrada desse setor, do lado direito, encontramos a “Sala de Parto Normal”. Esta sala é grande e espaçosa, contém logo no centro uma mesa cirúrgica específica para parto normal, um pouco atrás da mesa há um carrinho de anestesia ou emergência cirúrgica, e distribuídas pela sala há algumas pequenas mesas de metal com

materiais e equipamentos próprios para parto normal e, caso haja necessidade, para parto cesáreo.

Saindo da sala de “Parto Normal”, do lado esquerdo do corredor, contendo quase os mesmos materiais e equipamentos da sala de “Parto Normal” se encontra a sala para “Parto Cesáreo”. As duas salas apresentam materiais e equipamentos próprios para cada tipo de parto. Mais a frente estão duas salas de cirurgia, uma a esquerda, denominada de sala de “Cirurgia Geral”, pois é destinada para cirurgias de tratamento clínico. Esta sala se parece muito com as salas anteriores, mudando apenas a especificidade das cirurgias que ali são realizadas. Há também uma sala pelo lado direito do corredor que segundo a enfermeira seria destinada para parto cesáreo, mas como a demanda de partos é menor do que o necessário, resolveram deixá-la desativada, funcionando apenas como depósito de equipamentos.

Já no final desse corredor localiza a sala de “Atendimento ao RN”. É nesta pequena sala que o RN é trazido pelo pediatra para receber a assistência e os cuidados necessários do pós-parto. Nesta sala se encontra um berço próprio para o primeiro atendimento ao RN. Neste berço, por exemplo, as bordas laterais são de material acrílico e passíveis de remoção para facilitar a limpeza e prestar melhor assistência ao RN em qualquer situação. Nele são realizados a aspiração no RN, limpeza e aplicação de vacinas, terapia de oxigênio, exame físico, registros clínicos e se necessário reanimação por meio de ambu pediátrico ou entubação. Do lado direito localiza-se outro berço próprio para RN, onde ficam os RN depois de passarem por todos os procedimentos pediátricos pós-parto, exame físico e vacinas. Os dois berços contam com aquecimento elétrico.



Foto 2: Sala de parto e cirurgia do CCO. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010.

2.4 Alojamento Conjunto ou Enfermarias da Maternidade

O setor de “Alojamento Conjunto” ou “Maternidade” é a área responsável por atender as pacientes que passaram pela realização do parto e seus respectivos bebês. Este setor contém um posto de enfermagem, uma sala para exames de ecografia, cinco quartos contendo quatro leitos cada, totalizando vinte leitos. Também há um “berçário” ou “Sala do Recém-Nascido”, destinada a atender os bebês que apresentam complicações clínicas durante a internação. No final do corredor do setor há uma sala destinada para repouso ou reuniões. O tempo de internação das gestantes internadas varia de no mínimo dois dias ou 48 horas, até receberem alta com autorização da equipe médica. Neste setor a circulação é menos restrita para visitas e acompanhantes, sendo as visitas realizadas apenas no período da tarde, e o acompanhante (geralmente o pai) é permitida em todo período diurno do hospital.

No início deste setor encontra-se pela direita o “Posto de Enfermagem”. Este posto possui uma mesa rodeada por várias cadeiras. Encostado na parede próximo a uma das portas da mesa do posto encontra-se uma armário com uma pia embutida em sua parte superior. Este espaço onde se localiza o armário esta reservado como a “Área de Serviços” do “Posto de Enfermagem”. No canto esquerdo do posto, próximo a sala de ecografia, se encontra um pequeno armário onde ficam, por ordem de numeração, as pastas dos prontuários das gestantes internadas no setor. A ordem de numeração é de acordo com o número das enfermarias e as letras correspondentes ao leito que estão cada paciente. Já do lado esquerdo da entrada do setor se encontra um grande painel de informações sobre as gestantes internadas.

Entrando pelo corredor do setor logo pela direita há uma sala de “Utilidades”. Do lado esquerdo do corredor a primeira sala é a “Sala do Recém-Nascido”. Esta sala é uma espécie de berçário para os RN (recém-nascidos). Quando solicitei para as enfermeiras de plantão para me apresentarem o setor, tanto a enfermeira Juliana quanto a enfermeira Rosângela ressaltaram que a “Sala do Recém-Nascido” seria uma sala “provisória”. A enfermeira me disse que segundo o programa IHAC (Iniciativa Hospital Amigo da Criança) o ideal seria que as crianças ficassem o mais próximo possível das mães, preferencialmente junto a elas nas enfermarias. Entretanto, ressaltou que algumas crianças realizam fototerapia nessa mesma sala, pois nos quartos geralmente acontece das mães tirarem os recém-nascidos da fototerapia, assim como acontecem casos de perderem o acesso venoso de alguns recém-nascidos. A sala é também utilizada para realizar o primeiro banho do recém-nascido e normalmente é utilizada

para a realização do teste do pezinho⁸.

Voltando para o corredor do setor pude observar que nele se encontram três pequenos armários distribuídos de forma a intercalar com as salas das enfermarias. Estes pequenos armários servem como lugar para guarda de material de uso pela equipe de enfermagem. Neles se encontram materiais típicos para desempenho de funções básicas da clínica hospitalar como luvas descartáveis, gases, esparadrapo, álcool 70%, soro fisiológico, algodão, agulhas, seringas, e também uma prancheta sobre dieta hospitalar. São duas enfermarias do lado direito do corredor e três enfermarias do lado esquerdo, cada uma com quatro leitos, totalizando cinco enfermarias e vinte leitos disponíveis no setor. No final do corredor encontramos um banheiro masculino e um feminino.

No final do corredor localiza-se também a sala de “Estar Familiar”. É geralmente nesta sala que costumo realizar meus registros no caderno de campo, porque geralmente a sala esta vazia e fica próxima ao setor onde realizei o trabalho de campo. É uma sala agradável e espaçosa, com boa iluminação e um sofá. A sala também tem várias cadeiras e poltronas, um sofá grande, uma pia com inscrição acima sobre higienização das mãos, detergentes e papel toalha. A sala tem duas janelas grandes. No canto direito da sala se vê um folder com uma grande foto de um bebê estampada, acima da foto tem os dizeres “Quer ser meu amigo?”. Logo abaixo da foto a resposta de que “O hospital municipal Nossa Senhora da Luz dos Pinhais quer!”. Já o canto esquerdo da sala apresenta um cartaz da Confederação Nacional das Mulheres do Brasil, cujo título é “Direito da Gestante a um Parto Seguro” e a foto da barriga de uma gestante com as mãos logo abaixo do abdômen.

⁸ Nome popular para Triagem Neonatal - teste do pezinho - é o exame feito a partir do sangue coletado do calcanhar do bebê e que permite identificar doenças graves, como: o hipotireoidismo congênito (glândula tireóide do recém-nascido não capaz de produzir quantidades adequadas de hormônios), a fenilcetonúria (doença do metabolismo) e as hemoglobinopatias (doenças que afetam o sangue – traço falcêmico e doença falciforme).



Foto 3: Nascimento das primeiras crianças na Maternidade Municipal. Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010.



Foto 4: Sala do Recém-Nascido. Site da Prefeitura Municipal de Pinhais, 2010.

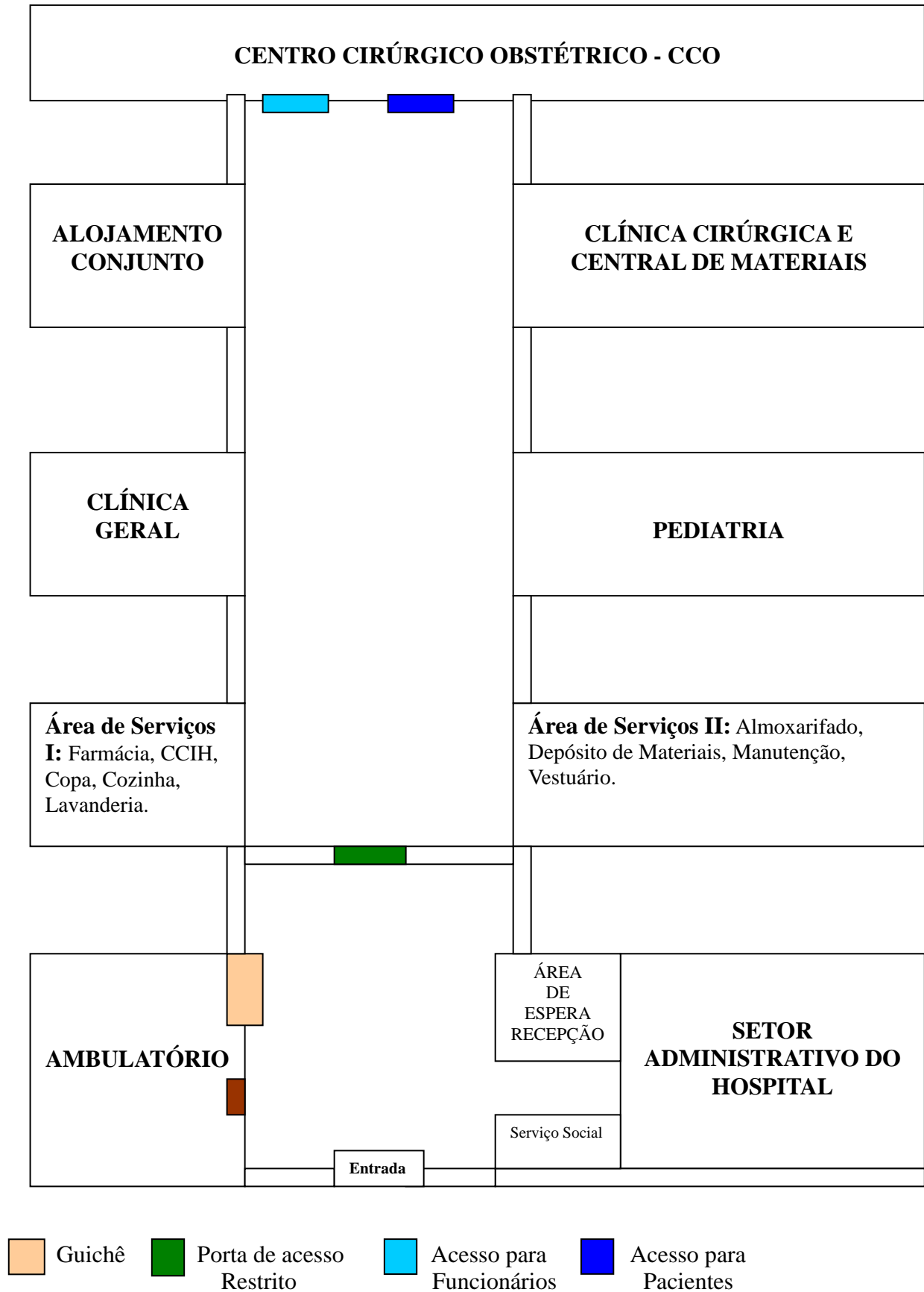


Figura 1: Setores do Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais.

2.5 Passagem do Plantão

Muito da questão da inserção no campo de pesquisa e o desafio de compartilhar o conteúdo simbólico dos sujeitos e seu universo de significações revelam o quanto os estudos na área da sociologia e da antropologia se preocupam com as relações sociais que os pesquisadores estabelecem com seu objeto de pesquisa. O fascínio destas disciplinas pelo método (ou ao caminho do método) revelam o que significam estas disciplinas, sua forma de atuar dentro do campo das ciências. Tanto a sociologia como a antropologia são primeiramente um método. É este método de observação e análise que discutiremos no decorrer do trabalho.

Muito da preocupação inicial do pesquisador durante a pesquisa se refere à inserção no campo. Foote-Whyte (1980) depois de estabelecer os primeiros contatos em Cornerville auxiliado por seu principal informante “Doc”, após algum tempo resolveu estabelecer de forma independente seus primeiros passos dentro do campo. Descobriu dessa forma que as pessoas da comunidade demonstravam-se mais livres para dirigir-lhe perguntas e obter informações a seu respeito. O autor localiza um ponto-chave de inserção total no campo de estudo, esse ponto é identificado como sendo um jogo de *baseball*, no qual atuou e teve papel decisivo na vitória do grupo. Depois dessa participação recebeu do grupo um presente como forma de retribuição, um anel esculpido por um dos participantes, representando simbolicamente sua inserção no campo e no grupo.

Em alguns textos antropológicos o “ponto-chave” parece constituir-se num dos elementos de referência apontados e utilizados pelos autores ao se referirem sobre seu contexto de inserção no campo. Clifford Geertz (1989) num ato de impulso optou por correr da polícia quando presenciava clandestinamente uma rinha de galo na região de Bale. Este fato, apontado pelo autor, se constituiu no ponto-chave de inserção no “universo nativo” dentro da comunidade. O fato da atitude do antropólogo ser “semelhante” a dos “nativos” no momento da ação propiciou ao pesquisador a inserção desejada e maior liberdade de interação em campo. No entanto, depois desse fato, Geertz não discute mais sua posição no campo, o que se segue é apenas uma análise interpretativa e minuciosa sobre o contexto da rinha de galo Belenense. O que está em jogo para Geertz é mais a precisão conceitual do método interpretativo. Depois da efetividade da inserção em campo esta não foi mais problematizada em sua obra.

Nos dois exemplos parece haver uma ruptura, um ponto de passagem em que o pesquisador (não mais um “estranho”) passa a fazer parte do cotidiano local onde se realiza a

pesquisa. No entanto, neste estudo, não posso apontar com precisão em que situação ou que acontecimento em especial se deu essa passagem do “pesquisador de fora” para a de um “pesquisador inserido” na rotina de trabalho no hospital. Tive a sensação durante toda minha estadia no campo que apesar de conseguir certa liberdade de circulação no hospital, minha presença, no entanto, precisou ser de alguma forma negociada. Não poderia, por exemplo, em alguns casos, acompanhar de forma inconveniente a rotina de trabalho de um técnico de enfermagem, isso seria no mínimo desagradável para quem possui responsabilidades dentro do hospital. Mas poderia, em alguns casos, me situar em pontos estratégicos de setores, ou simplesmente negociar minha presença em algumas situações específicas. Como enfermeiro de formação poderia justificar dizendo que estava interessado em aprender algo sobre uma situação clínica peculiar.

Apareço no Hospital por volta das 18h30 horas. Na sala do CCIH (Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar) estavam as Enfermeiras Márcia e Vanessa, logo depois elas saem e fico escrevendo em meu caderno de campo. Dirijo-me ao “posto de enfermagem” do “Alojamento Conjunto”. Percebo que mesmo à distância a equipe de enfermagem percebe minha aproximação. Caminho em direção ao “posto de enfermagem”. Ao chegar estavam reunidas no posto uma enfermeira e cinco técnicas de enfermagem. Cumprimento-as. Esta equipe é a primeira que conheci no hospital, entretanto, não tive muito contato verbal no primeiro encontro. Lembro-me que fui apenas apresentado. Nesse momento as técnicas se lembravam de mim, embora a enfermeira tenha reforçado minha apresentação dizendo que estava para realizar uma pesquisa para o mestrado pela UFPR. Perguntaram-me se hoje ficaria a noite inteira, respondi que não e que só ficaria um pouco. Senti-me compelido a falar mais sobre minha pesquisa no Hospital. A enfermeira saiu e gentilmente me convidou para sentar em sua cadeira. O “posto de enfermagem” estava tranquilo e a equipe me informou que o plantão já tinha terminado. Neste momento estavam todas em volta da mesa do posto conversando de forma descontraída. Estavam esperando a próxima equipe (do plantão noturno) se apresentar, para “passarem o plantão” e irem embora.

A “passagem de plantão” é um dos momentos mais interessantes na rotina de trabalho no hospital. É utilizada como forma de assegurar a continuidade do trabalho de assistência e tratamento clínico prestado pela equipe de saúde. Trata-se de um “ritual” específico de manutenção e reorganização da rotina de trabalho, tanto da equipe médica quanto da equipe de enfermagem. Constitui-se numa atividade fundamental durante a “troca de plantão”, sendo esta caracterizada pela substituição dos funcionários que prestaram serviço durante um período de trabalho no hospital para uma nova equipe que dará continuidade a rotina no turno

seguinte. Segundo Siqueira e Kurcgant (2005):

Na passagem de plantão acontece a transmissão de informações entre os profissionais que, terminam e os que iniciam o período de trabalho. Abordam sobre o estado dos pacientes, tratamentos, assistência prestada, intercorrências, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação que merecem atenção.

Neste processo podem-se adotar várias formas de comunicação, entretanto, as formas verbal e escrita são as mais comuns, destacando-se a verbal (SIQUEIRA e KURCGANT, p. 447, 2005).

A “passagem de plantão” é o momento de transição entre o término de um turno e o início de outro, sem que a continuidade do trabalho seja ameaçada. Sua importância para a organização da rotina hospitalar se deve ao seu caráter de “ponte” ou “ligação” entre duas equipes e dois turnos de trabalho. Muitas das informações transmitidas à equipe que inicia o novo turno são de suma importância no processo de continuidade do tratamento, levando em consideração que a equipe médica e de enfermagem, a partir do momento que o sujeito é internado, deve estabelecer o controle da “evolução clínica” do paciente durante todo o período em que este estiver sob cuidados hospitalares.

O momento que sentei para falar sobre a pesquisa se apresentou como um momento descontraído, as técnicas de enfermagem estavam curiosas para saberem um pouco sobre mim e minha pesquisa. Falei que era Enfermeiro e Sociólogo e que estava trabalhando com Sociologia da Saúde. Falei que meu trabalho era sobre a maternidade e as gestantes e que nesse momento estava realizando o trabalho de campo para a pesquisa. O trabalho de campo consistia precisamente, pelo menos assim expliquei, em descrever a rotina hospitalar, a interação entre os profissionais e suas funções, e também sobre a experiência de internamento das gestantes. A equipe estava descontraída e a conversa era sobre as férias, as vantagens e desvantagens de trabalhar na área de saúde. A enfermeira comentou sobre o curso de prevenção de lesão de pele. Logo depois discutimos sobre assuntos de caráter pessoal como aniversário, local de moradia, transporte e namorados ciumentos.

O aspecto de liminaridade na pesquisa de campo, o estranhamento e a transformação, assim como a sensação de estar atravessando estágios diferentes no processo de inserção em campo, possibilita pensarmos, e muitos pesquisadores o fazem, que a inserção e a interação entre pesquisador e os sujeitos no campo apresentam momentos de ruptura e cisão, distanciamento e aproximação, afastamentos e acolhimento. Por meio do olhar sociológico o processo de interação social também se configura em uma “passagem de estados”.

Percebo nesse momento que minha inserção no campo passa de uma condição de “desconhecido” (uma incógnita para os sujeitos) para uma posição mais precisa – a de pesquisador. A transição, nem sempre visível e clara, se assenta sob o processo de aquisição de confiança. A condição de estranho é condição do não reconhecimento do “outro” como um elemento legítimo de interação. A representação de uma “passagem” para os sujeitos da ação se configura em um momento de transição de uma condição para a outra. Neste caso, o processo de interação se torna uma “passagem contínua” – um fluxo de negociações e interpretações – entre o significante e significado por meio da interação simbólica (GOFFMAN, 2009, FOOT-WHYTE, 1980, WACQUANT, 2002, RASIA, 1996).

A passagem do plantão foi bem rápida, uma das técnicas de enfermagem passou as “informações clínicas” sobre algumas gestantes que estavam sob cuidados a duas outras técnicas que assumiriam o plantão noturno. Não consegui perceber ao certo o conteúdo específico das informações, mas o ponto de referência da conversa era o quadro localizado ao lado do posto que continha várias informações sobre as gestantes. Logo em seguida todas as técnicas de enfermagem se dirigiram para o corredor do “Alojamento Conjunto”. Tudo aconteceu tão rápido que acabei não acompanhando. Passaram visita nas enfermarias e atualizaram as informações clínicas das gestantes para as técnicas do novo plantão que se iniciava, se despediram e deixaram a maternidade. Comecei a escrever e a nova equipe pareceu não notar minha presença, creio que pelo fato de não me conhecerem e também por continuar escrevendo. Logo depois me apresentei a uma delas e iniciamos uma conversa. As outras técnicas estavam realizando os procedimentos padrões de enfermagem prescritos para aquele momento. Algumas chegaram atrasadas e solicitavam informações para as técnicas que estavam presentes no momento da “passagem de plantão”.

Durante a “passagem do plantão” é de suma importância a transferência de informação de forma precisa e detalhada sobre os aspectos referentes à condição clínica das gestantes e da rotina de trabalho em cada setor. Aspectos como: tipos de doenças (se existem) e suas manifestações, condição clínica das gestantes (estado físico e emocional), tipos de intervenções clínicas realizadas (medicação, exames, procedimentos e orientações), resposta clínica aos procedimentos e intercorrências (se houverem) Cada detalhe da rotina de trabalho é minuciosamente esclarecido e exposto, visando transmitir para a nova equipe de trabalho a situação clínica de cada gestante. A nova equipe dará continuidade às ações e atribuições necessárias para que o tratamento não sofra rupturas ou descontinuidade.

Ao mesmo tempo, na “passagem do plantão, são referenciadas as informações que dizem respeito aos aspectos organizacionais de manutenção e controle da unidade de trabalho.

Como por exemplo, os materiais e equipamentos disponíveis ou em falta nos setores, exames ou procedimentos clínicos agendados ou que não foram realizados, disponibilidade de leitos para novas internações, reorganização do contingente de trabalho, reuniões, inspeção, manutenção, etc. Segundo Lévi-Strauss (1997, p. 25) “os requintes do ritual não deixam escapar nenhum ser, objeto ou aspecto, a fim de assegurar um lugar no interior de uma classe: a cada coisa sagrada, seu lugar”.

A objetividade na “passagem do plantão” é o meio de racionalizar as informações e colocá-las num padrão impessoal de comunicação. Dessa maneira a troca de plantão conserva o que constitui o “essencial” para o processo de trabalho no hospital – a continuação da rotina clínica de tratamento e assistência - trabalho clínico. Para a equipe que inicia o plantão o ritual de “passagem de plantão” se configura de suma importância por oferecer um alto grau de “previsibilidade” ao indivíduo que iniciará sua rotina de trabalho, evitando o máximo possível surpresas desagradáveis.

A passagem de plantão têm tal relevância, ao ponto de as informações sobre cada gestante serem colocadas num quadro fixado na parede do posto de enfermagem, além de serem inscritas nas folhas das prescrições. A linguagem oral estabelece o conteúdo simbólico compartilhado e a visita às gestantes nas enfermarias conecta o simbolismo da linguagem à realidade presente. Mudam os indivíduos, trocam as equipes, mas o objetivo comum permanece de forma contínua e fluída, num contínuo deixar e restabelecer. Neste caso, a temporalidade da ação clínica não se perde com a troca das equipes, e sim se renova. Não existe necessariamente um começo e fim para a rotina de trabalho no hospital. A próxima equipe passará o plantão para a seguinte e assim sucessivamente.

Podemos encontrar outro exemplo no recente desenvolvimento da profissão de médico, onde verificamos ser cada vez mais importante para um doutor ter acesso ao complicado nível científico proporcionado pelos grandes hospitais, de modo que um número cada vez menor de médicos tem condições de pensar que seu ambiente é um lugar que possam fechar à noite (GOFFMAN, 2009, p. 30).

Assim, o que predomina no processo de trabalho hospitalar é a continuidade. A passagem do plantão é o momento em que a continuidade se apresenta como o desafio a ser enfrentado por uma nova equipe, seja de médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

2.6 Funções e Divisão do Trabalho

O Hospital se configura como local cuja função essencial é a promoção de cura e tratamento, de forma científica, para as doenças e aos agravos acometidos à saúde dos indivíduos. Entretanto, o hospital não se sustenta somente por essa função. O hospital, para além de sua função social, é uma instituição onde se estabelecem relações sociais e espaços de sociabilidade, submetidas a uma forma específica de organização, no caso a organização que se rege pela normas da clínica e da burocracia modernas. Estas relações são permeadas pelas significações que os sujeitos atribuem a sua situação de paciente ou profissional, onde se observam que o campo simbólico e imaginário é o instrumento de articulação dos deveres e dos sentimentos da condição humana (RASIA, 1996).

O hospital moderno também se constitui em um campo específico de realização e fundamentação da organização e da divisão do trabalho nos moldes das sociedades complexas. Por meio das estruturas de organização e das instituições a divisão do trabalho e das funções sociais padronizam os papéis desempenhados pelos indivíduos em seu contexto social, mantendo certa regularidade e previsibilidade nas ações dos sujeito, sejam essas ações orientadas racional, afetiva ou valorativamente (WEBER, 1999).

Na clínica hospitalar já existe uma divisão pré-estabelecida de funções de acordo com a divisão do trabalho e o grau de formação técnica e científica dos sujeitos. Os diferentes graus de especialidade produzem uma dinâmica de integração e complementação entre as diferentes funções envolvidas e também de antagonismo e subordinação. A organização do trabalho das equipes de saúde recebem ainda influência da tradição taylorista, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar e regulamentar o processo total de trabalho (MACIEL-LIMA, 2009).

Comecei o trabalho de campo visitando o posto de enfermagem do “Alojamento Conjunto”. É no posto de enfermagem que se encontram as prescrições e anotações médicas e de enfermagem, é também o local onde é realizada a maioria dos registros clínicos em relação aos cuidados e exames. No “posto de enfermagem” a comunicação é constante entre os diversos profissionais - enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos obstetras e pediatras. O fluxo de comunicação com outros setores se dá geralmente pelo telefone, pois o Alojamento Conjunto está articulado aos demais “setores” que compõem a maternidade e por fim ao hospital.

Resolvi pegar um dos prontuários e fazer uma síntese dos registros utilizados por cada

categoria de trabalhador, tanto da medicina quanto da enfermagem. Os diversos tipos de formulários clínicos a serem preenchidos representam uma boa parcela do trabalho na clínica ou da organização do saber clínico. Objetivando conhecer um pouco mais a rotina de trabalho neste posto resolvi dar uma olhada nos diversos formulários e prescrições médicas e de enfermagem. Confesso também que alguns minutos de inércia no posto de enfermagem me deixavam com a aparência (imaginária) de pesquisador 'inerte'.

Nos formulários consta a maioria dos dados clínicos preenchidos pela equipe médica e de enfermagem referente às pacientes internadas e também a seus recém nascidos. No formulário de “Evolução Clínica” as anotações ou dados clínicos são preenchidos apenas por médicos. No formulário “evolução de enfermagem” as anotações ou dados são preenchidos apenas pela enfermeira de plantão. Já no caso do “Formulário – Enfermagem: Prescrição e Evolução do Alojamento Conjunto” as anotações e os dados são preenchidos tanto pela enfermagem quanto pela equipe médica.

O registro de prescrições da equipe clínica do “Alojamento Conjunto” e “Centro Cirúrgico Obstétrico”⁹ consistem basicamente dos seguintes formulários:

- Receituário Médico (de uso da equipe médica);
- Prescrição médica de internação (de uso da equipe médica);
- Evolução Clínica (de uso da equipe médica);
- Prescrição de Enfermagem (de uso da equipe de enfermagem);
- Evolução de Enfermagem (de uso da enfermeira ou do enfermeiro graduados);
- Formulário – Enfermagem: Prescrição e Evolução do Alojamento Conjunto (de uso da equipe médica e de enfermagem).

O hospital ao ser caracterizado como instituição de regime “fechado” (GOFFMAN, 1974, FOUCAULT, 1994, 1979, 2004), no sentido de estabelecer barreiras perceptivas que limitam e padronizam de forma específica o comportamento e as representações dos sujeitos em seu interior, tem como mecanismos de controle a padronização do trabalho através dos protocolos estabelecidos e regulamentados pelo saber clínico.

O saber clínico passa a ser desempenhado e reafirmado segundo normas de rotina específicas representadas muitas vezes na forma de registros clínicos protocolares. Nesse sentido a função de um determinado profissional no hospital está representada por meio da matéria escrita, dos registros e formulários, sendo esses uma espécie de extensão (ou imagem)

⁹ No caso das gestantes que dão entrada no hospital para internação, seus registros clínicos são preenchidos durante todo processo de internação, passando basicamente por três setores: Ambulatório, Centro Cirúrgico Obstétrico e Alojamento Conjunto. Estes registros clínicos formarão no final do processo de internação o “prontuário completo” da paciente internada, em conjunto com os registros clínicos de seu recém-nascido.

da função desempenhada em determinadas condições e situações clínicas, e sua regulamentação aparece como ato institucional legítimo.

Segundo Moliani (2011):

O processo de trabalho influencia a prática profissional, incluindo questões como tempo/ritmo de trabalho, volume, mecanismos cognitivos solicitados para o desempenho das funções, bem como a possibilidade de desempenhar tarefas padronizadas ou não. Os mecanismos de controle do trabalho são fundamentais para auferir confiança e/ou responsabilidade aos atores sociais, pois, se de um lado limita seu desempenho, estabelecendo as rotinas adequadas, por outro, lhe alivia a responsabilidade, ao atribuir qualquer ocorrência do processo de trabalho ao protocolo e à regra. (MOLIANI, 2011, p. 202)

O registro clínico como extensão do trabalho desempenhado e como representação de todo processo de trabalho clínico pré-estabelecido e legitimado, se configura na imagem organizacional de todo processo, tendo também como uma de suas principais funções o estabelecimento da divisão do trabalho entre a equipe de saúde. A divisão ou distinção se estabelece quando se determina a “região” de abrangência para cada função, muito bem detalhada para cada modalidade profissional, e constituída pelo conhecimento clínico ou saber clínico exigido para o desempenho de cada papel. Assim delimita-se o campo de representação ocupacional em determinadas regiões específicas para cada membro da equipe clínica, seja médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, etc. Aqui representadas pelo registro em formulários clínicos que simbolicamente representam todo processo de trabalho desempenhado por seus agentes. E no final do processo acaba por se constituir no prontuário clínico do paciente atendido, e simbolicamente, representa sua passagem pelo processo de internação. Este prontuário acompanhará o paciente durante todo o internamento e será reativado e atualizado a cada vez que este recorrer ao hospital, não importando o tempo entre uma e outra solicitação dos serviços médicos no mesmo hospital. O prontuário é a história clínica do paciente registrada pelo hospital.

Segundo Foucault (1979) o saber clínico introduziu no hospital uma nova forma de organização. Primeiramente o saber médico preocupou-se com localização espacial do próprio hospital, assim como a arquitetura, no sentido organizar o espaço de acordo com as patologias a serem tratadas e a circulação dos elementos patogênicos, criando uma ciência do espaço com o intuito de desenvolver as formas de saber e de controle no interior do hospital. A segunda característica foi à valorização do saber médico e sua intervenção terapêutica em oposição à prática de salvação da alma desenvolvidas pelas ordens religiosas, nas instituições

de cuidados que antecederam o nascimento do hospital moderno. Uma terceira característica é a organização de um sistema de registros permanentes sobre tudo o que acontece em seu interior, desde a identificação do doente, o tratamento a que será submetido até a análise de seus resultados (FOUCAULT, 1979; RASIA, 1996).

No entanto, o registro clínico é apenas o registro da função que fora desempenhada pelos médicos e enfermeiros. Sua real representação não faz sentido sem a ação clínica subsequente que lhe deu forma e conteúdo. Na clínica médica as ações clínicas desempenhadas pelas equipes de saúde, exigem o conhecimento do processo de assistência ao paciente internado. Cada função gira em torno da assistência ao paciente, e as definições de cada função se dividem pelo conhecimento, pela técnica e pela complexidade da assistência. Uma das primeiras formas de assistência ao paciente e que se constitui no *ethos* clínico, conseqüentemente revelando o corpo de conhecimento clínico de cada função profissional dentro do hospital é “anamnese clínica”.

Tanto a equipe de enfermagem quanto a equipe médica são responsáveis pela anamnese dos pacientes. Esta consiste basicamente num levantamento do histórico do paciente, tendo por objetivo estabelecer as primeiras informações a respeito de seu estado clínico e o estabelecimento de uma hipótese diagnóstica ou diagnóstico clínico. Em termos sociológicos são os resultados da anamnese que definirá as condições situacionais de ação dos agentes e da equipe médica e dos procedimentos clínicos que devem ser adotados.

O passo seguinte à anamnese clínica é o exame físico. O exame físico é o conjunto de técnicas e manobras de alguns profissionais de saúde com o intuito de diagnosticar uma doença ou problemas de funcionalidade, entre outros. Os profissionais de saúde que se utilizam desse instrumento visam à detecção de anormalidades para possíveis intervenções e para prevenção do agravamento do estado do paciente.

Não se deve confundir exame físico com o exame clínico, que é a soma de exame físico e anamnese - isto é, a adição de todas as informações clínicas do paciente, seja pela entrevista técnica ou pela avaliação direta por meio de técnicas específicas de inspeção física, ausculta e tomadas de medidas dos sinais vitais (pressão, temperatura e frequência cardio-respiratória). Quase sempre realizado depois de uma anamnese, o exame físico pode utilizar aparelhos, tais como: estetoscópio¹⁰, esfigmomanômetro¹¹, termômetro¹², entre outros, com o objetivo de melhor avaliar um órgão ou sistema na busca de mudanças anatômicas ou

¹⁰ Aparelho utilizado por médicos e enfermeiros para amplificar sons corporais.

¹¹ Aparelho utilizado para medida indireta da pressão arterial.

¹² Aparelho utilizado para medir temperatura ou variações de temperatura corporal.

funcionais que são resultantes da doença. Além disso, serve para a constatação do bom funcionamento dos sistemas.

Em obstetrícia tanto a anamnese quanto o exame físico são realizados visando obter as primeiras informações clínicas e o possível diagnóstico das gestantes. Por se tratar de uma área específica do saber médico o exame físico das gestantes exige um olhar que complemente as informações clínicas obtidas com os conhecimentos clínicos já adquiridos pela especialidade médica obstétrica.

Observa-se que independente da ferramenta clínica no processo de assistência ao paciente, o conhecimento clínico de cada função é o que delimita e distingue os padrões a serem usados nesta assistência, ou os procedimentos clínicos a serem seguidos e executados. Assim cada agente incorpora sua função e seu papel na divisão do trabalho, e desempenha esse papel de acordo com seus conhecimentos específicos. O resultado de cada ação clínica exige de seus agentes um longo processo de aprendizado, e um fator predominante é o nível de especialização que cada função exige. Um agente não é necessariamente obrigado a desempenhar uma função que não está em sua prerrogativa de trabalho ou que não se encontra nas atribuições de seu papel.

No hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais a chefia do hospital é constituída pela própria equipe de saúde, ou melhor dizendo por profissionais formados nessa área. Para a equipe de enfermagem existe uma gerente de enfermagem, responsável por coordenar toda equipe do hospital, contratar enfermeiros e técnicos, estabelecer normas de controle e assistência, escala de serviço, etc. Nesta equipe há também uma supervisora de enfermagem responsável em fiscalizar e coordenar a assistência e os serviços prestados diretamente aos pacientes. Além disso, cada enfermeiro graduado é responsável por coordenar o trabalho de sua equipe de técnicos de enfermagem em cada setor. Estabelecendo assim uma espécie de pirâmide de funções conforme o nível de formação e a função a ser desempenhada para cada cargo.

A equipe médica é constituída por um coordenador da equipe referente a cada especialidade médica atuante. Na obstetrícia e ginecologia o hospital conta com uma equipe de vinte e cinco médicos, sendo eles coordenados pelo médico Claudio. Durante o plantão diurno são dois médicos responsáveis por prestar à assistência na especialidade obstétrica. Na equipe médica a maioria das relações de trabalho se estabelecem referentes as especialidades clínicas, obstetras, cirurgiões, anestesistas, clínico geral, pediatra, etc. Sendo a divisão do trabalho estabelecida de acordo com cada especialidade, estabelecendo as principais formas de coordenar a rotina de trabalho por meio do diálogo entre os profissionais e as reuniões.

A chefia propriamente dita e que não são formados na área da saúde, incluindo o diretor do hospital, ficam responsáveis em coordenar os aspectos gerenciais do hospital e estabelecer estratégias de organização e manutenção do hospital. Assim como em supervisionar os serviços prestados de funcionários ditos não especialistas na área de saúde, como funcionários da limpeza, cozinha, manutenção, materiais e logística.

Apesar da divisão do trabalho criar uma espécie de solidariedade no funcionamento da ação e da organização clínica hospitalar, no entanto, muitas vezes são necessárias a re-organização das atribuições e direcionamento das ações. Uma das práticas mais utilizadas em ambiente hospitalar para a organização do trabalho são as interações de equipes e o ritual de “passagem de plantão”.

2.7 Interação Entre os Membros da Equipe

No hospital a categoria de tempo que se apresenta no processo de interação dos sujeitos é o tempo “presente”. Esta temporalidade – o tempo da ação social – se configura e se apresenta no caminho entre o passado e o futuro, ou seja, o “durante” na ação social. Admita-se o arcabouço histórico e as prerrogativas da experiência vivida no processo de socialização de cada um dos sujeitos. Mas a questão metodológica pautada na perspectiva de análise da Escola de Chicago e no interacionismo simbólico (referente à interação face-a-face) é o processo de significação “durante a experiência”, ademais, como se dá ou como se deu a experiência. Não necessariamente uma experiência em si, pautada ou narrada, mas uma forma metodológica de experiência referenciada pelo momento da “situação” – onde se dá e em quais circunstâncias.

Diga-se de passagem, o interacionismo simbólico procurou de alguma forma, reformular as respostas sobre como se dá a formação do sujeito. Uma das contribuições desta corrente de pensamento é de acrescentar na análise sociológica uma das grandes preocupações da sociologia Durkheimiana, ou seja, a socialização dos indivíduos. Segundo a sociologia clássica o processo de socialização se dá por meio das instituições sociais. No entanto, a pergunta que interessa à corrente interacionista, para a análise sociológica, considera como se dá o processo de socialização ou em que condições e com quais ferramentas o indivíduo se socializa. Uma das premissas do interacionismo simbólico é a perspectiva de que o sujeito socializa na relação com o outro, ao apresentar-se ao mundo, refazendo-se a cada nova situação. “Permanecer no próprio quarto distante do lugar onde a festa se realiza, ou longe do local onde o profissional atende ao cliente, é permanecer longe do lugar onde a realidade esta

acontecendo. O mundo, na verdade, é uma reunião” (GOFFMAN, 2009, p. 41).

Por exemplo, chegando ao posto de enfermagem do Alojamento Conjunto, encontro-me com uma técnica de enfermagem. Estavam no posto também estavam uma enfermeira e um médico pediatra. Depois de algum tempo percebo que a enfermeira responsável pelo Centro Cirúrgico Obstétrico, também estava respondendo Alojamento Conjunto, pois a enfermeira deste setor havia faltado. A enfermeira não estava contente com o acúmulo de responsabilidade: “De novo, dessa vez é a última. No Centro Cirúrgico e no Alojamento Conjunto, como posso trabalhar assim? Desse jeito não gosto de trabalhar. Se fosse o primeiro caso”. Acrescentei “E também tem a Pediatria”. A enfermeira continuou “E tem a Central de Materiais. Mas essa será a última vez. Sairei do hospital”. Um pouco antes desse diálogo a enfermeira havia perguntado à técnica de enfermagem onde se encontrava a “doutora”. A técnica responde “Sei lá, deve estar brigando com algum doutor”.

Logo depois apareceu no posto a médica obstetra e a enfermeira comenta “Estão te procurando desesperadamente”. A médica sorri. Uma gestante se senta em uma das cadeiras ficando de frente para a médica e de forma calma diz “Sou eu que estava te procurando doutora”. A obstetra sorri mais uma vez e diz “ah, então é você”. Nesse momento a técnica reforça: “é ela doutora. Tá doidinha pra receber alta”. E complementa “Nossa menina, que barrigão”! A gestante sorri e coloca as mãos sobre a barriga. A médica também comenta “Nossa, que barriga bonita!” A gestante sorri novamente e responde “É verdade, tá bonita e grande”! Em seguida a médica obstetra faz algumas perguntas para a gestante. Depois checa o prontuário, e pergunta novamente “E agora, você está sentindo dor”? A gestante responde que “não” e a médica começa a escrever no “Receituário Médico”.

Nesta situação o que se apresenta é uma espécie de dinâmica social, pois esta necessita de indivíduos para o processo de ação e interação. Cada sujeito corresponde a um construto social – uma formação contínua de si mesmo – de sua substância apta a se socializar, mesmo tratando de indivíduos já socializados. O processo de socialização não é dado a priori e nem muito menos se configura numa tabula rasa a ser preenchida, o processo de socialização é acima de tudo um conflito e um ordenamento de pulsões distintas. “Espera-se que haja uma certa burocratização do espírito, a fim de que possamos inspirar a confiança de executar uma representação perfeitamente homogênea a todo tempo. Como diria Santayana, o processo de socialização não apenas transfigura, mas também fixa” (GOFFMAN, 2009, p. 58). Uma vez socializados os sujeitos direcionam seus impulsos aos componentes simbólicos disponíveis para auto-reflexão que se configuram por meio desses modelos. Apreendem o social, primeiramente, por meio da linguagem. O sentido da ação perpassa mecanismos de

significação e interpretação da realidade, por meio do referencial simbólico os indivíduos adquirem e expressam o “outro” imaginário, sua alteridade no contexto social (CASTORIADIS, 1984).

O conflito nas interações, os sentimentos e as interpretações referenciadas, o olhar direcionado ao “outro”, criam e configuram redes de interdependências entre os indivíduos e as novas configurações sociais. A equipe médica depende dos pacientes e vice-versa. A força do ordenamento das pulsões representa para os indivíduos mecanismos de “coerção”, mas também mecanismos de “coerência expressiva”, estas muitas vezes exigidas durante os processos de representação e interação.

Quanto mais apertada se torna a teia de interdependência em que o indivíduo está emaranhado, com o aumento da divisão de funções, maiores são os espaços sociais por onde se estende essa rede, integrando-se em unidades funcionais ou institucionais – mais ameaçada se torna a existência social do indivíduo que dá expressão a impulsos e emoções espontâneas, e maior a vantagem social daqueles capazes de moderar suas paixões; mais fortemente cada indivíduo controlado, desde a tenra idade, para levarem conta os efeitos de suas próprias ações ou de outras pessoas sobre uma série inteira de elos na cadeira social (ELIAS, 1993, p. 198).

Por mais que a enfermeira se apresente insatisfeita em ter que coordenar quatro setores do hospital, em vez de dois, conforme sua atribuição, mesmo que seus impulsos e desejos se contrariem a situação, seu comprometimento com a rede de interdependência do trabalho hospitalar ordena e direciona suas ações a cumprir as funções que lhe foram atribuídas pela falta da outra enfermeira. Por mais que a gestante citada no exemplo acima deseje fortemente deixar o hospital, esta tentativa não se efetivará sem a autorização da equipe médica. Os mecanismos de autocontrole dos impulsos por meio da interdependência em relação a toda equipe, criam ansiedade, mas ao mesmo tempo ordenam o comportamento e as ações dos indivíduos, sejam eles funcionários do hospital ou gestantes.

Em seguida toda a equipe de enfermagem iniciou a reorganização dos prontuários das gestantes que receberão alta no dia. A principal função é checar se os exames foram realizados para que a equipe médica possa avaliá-los e liberar a alta. A enfermeira comenta “A gestante X só falta realizar o exame do pezinho no recém-nascido”. Neste dia eram muitas gestantes que receberiam alta. Por este motivo todas as atenções da equipe se voltavam para os exames. Em seguida a técnica de enfermagem entrega alguns hemogramas¹³ para a enfermeira, esta

¹³ Hemograma é um exame que avalia as células sanguíneas de um indivíduo, ou seja, as da série branca e vermelha, contagem de plaquetas, reticulócitos e índices hematológicos. O exame é requerido pelo médico para

observa os nomes das mães e dos recém-nascidos e entrega os exames para que sejam colocados nos prontuários.

No mesmo instante a médica obstetra aparece no posto e começa a conversar com outra obstetra. Percebo que as médicas se referiam a exames realizados, resultados de procedimento clínicos, etc. Neste momento me levanto de uma das cadeiras do canto da mesa, pois já se encontrava um número expressivo de funcionários em volta da mesa do posto. Fiquei encostado ao lado da mesa, próximo a parede da área de serviço, enquanto isso apenas observava e bebia água. Imediatamente a técnica de enfermagem se senta na cadeira e pergunta “Posso me sentar aqui”? Respondi que “sim”, pois havia saído da cadeira justamente para ela se sentar. A técnica senta e começa a abrir alguns prontuários médicos. Em algum momento Emanuel aparece no cenário, circulando em volta da mesa ou parado num ponto específico enquanto escutava e observava toda movimentação da equipe. Parecia esperar por algum momento ou situação para interagir com elas.

A técnica pergunta à enfermeira se pode encaminhar a alta das pacientes que já tinham os exames prontos. A enfermeira responde que “não”, pois era necessários apresentar os exames às médicas. A técnica de enfermagem passa dois ou três prontuários para as médicas obstetras “Olha doutora, dá uma olhada nos exames para as pacientes receberem alta”. A médica toma um dos prontuários e folheia alguns exames, começando pelos hemogramas “Do bebê, não é nosso. Do bebê, não é nosso. Sangue A (positivo), ok”. E continuou observando os prontuários, passando pelo formulário de “evolução clínica”, escreve e anota, pede uma folha de carbono para outro formulário e começa a escrever novamente, assina e carimba. Enquanto isso a outra obstetra também anota e escreve no formulário que parece ser de “prescrição médica”. A enfermeira pega o telefone e liga para o “Laboratório” onde são realizados os exames, solicita alguns exames: “Paciente X um exame de VDRL¹⁴ e hemograma”. Pergunta para as médicas se elas querem que realizem mais algum exame. As médicas dizem que não é necessário.

Esta divisão das funções e a interdependência na rotina de trabalho no hospital criam mecanismos que permitem que cada membro da equipe tenha papéis bem definidos. Nelas estão determinadas as atribuições dos indivíduos. Mesmo que um sujeito não participe diretamente de determinadas ações percebe-se que todos fazem parte uma rede de

diagnosticar ou controlar a evolução de uma doença Um hemograma é constituído pela contagem das células brancas (leucócitos), células vermelhas (hemácias), hemoglobina (Hb), hematócrito (Ht), índices das células vermelhas, e contagem de plaquetas. Hemograma Completo consiste do hemograma mais a contagem diferencial dos leucócitos.

¹⁴ O teste VDRL (sigla de Venereal Disease Research Laboratory) é um teste para identificação de pacientes com sífilis.

interdependência. A posição do pesquisador não é desvinculada do processo de ação de sua pesquisa, sua posição também é referenciada e se situa na interação. A questão que fica diz respeito à interdependência do pesquisador em relação aos participantes diretos da ação, e conseqüentemente à sua expectativa em relação ao outro da ação.

No hospital, assim como em diversas instituições, a divisão do trabalho e das funções permite que um corpo constituinte de funcionários direcionem suas ações de forma a criar um conjunto que coopera na realização de tarefas. Este conjunto é mantido pela complementaridade das tarefas entre os sujeitos e suas funções e pela a solidariedade entre os sujeitos do processo. As redes de interdependência que se criam são o que impulsiona os sujeitos para a ação.

Por exemplo, quando a enfermeira estava por terminar de agendar os exames a médica pede que solicite mais um exame de VDRL. Depois de confirmar todos os exames numa lista a enfermeira desliga o telefone e começa a organizar os prontuários das gestantes que receberão alta. O pediatra abre seu livro de anotações e diz: “Da minha parte já estão liberados os recém-nascidos da gestante X, da gestante Y [...] ao todo, da minha parte já estão liberados seis recém-nascidos”. O pediatra continuava confirmando os nomes com a enfermeira que conferia nos prontuários. A intenção dos sujeitos era a de acelerar o processo de alta das mães e seus respectivos bebês. A gestante que anteriormente havia procurado a médica obstetra apareceu novamente no posto de enfermagem, agora com um acompanhante, se despede rapidamente da equipe. A obstetra brinca com dizendo “Nossa, tudo isso é pressa de ir embora? Por que não fica mais pouco [risadas]? A gestante sorri e faz um aceno negativo com a cabeça. A enfermeira também entra na brincadeira: “Você não quer ficar hospedada mais um dia com a gente? Aproveita nossa hospedagem”. A paciente responde ao mesmo tempo em que se despede “Não, não. Eu voltarei, mas dessa vez para ter o bebê”.

O hospital para o internado não se caracteriza como local desejado de permanência. Mais precisamente o hospital é entendido como um local de “passagem” para fins de tratamento e assistência. Muitas vezes a vontade do indivíduo em permanecer internado depende de sua condição física e da doença. Definir se um indivíduo esta apto a receber alta é prerrogativa da equipe médica, bem como os cuidados que devem ser tomados após a alta hospitalar.

Neste caso, a gestante internada esta subordinada ao saber clínico do médico. Mesmo não que não queira permanecer no hospital, a gestante necessita do aval da equipe médica para receber alta. Levando em consideração que se tratava de uma gestante, a responsabilidade sobre as condições clínicas da mulher é redimensionada em relação à

maternidade. Neste contexto, corpo da mulher e suas condições são avaliadas não enquanto um corpo qualquer, mas enquanto corpo para a gestação; corpo para o filho, para outrem. É a partir dessa condição que se constitui “olhar clínico” na obstetrícia. O que se olha, portanto, é o corpo da mulher em sua relação ao filho. O que se avalia na obstetrícia é o corpo em relação ao feto e às condições da reprodução, seja ela em processo (gestação) ou logo após o parto (puerpério).

A ironia nas palavras da equipe de saúde em relação ao desejo de alta da paciente gestante reflete justamente uma visão que o hospital não representa local desejável para permanência. E, uma vez internado a paciente acaba por se submeter à rotina estabelecida pela organização hospitalar e pela equipe de saúde.

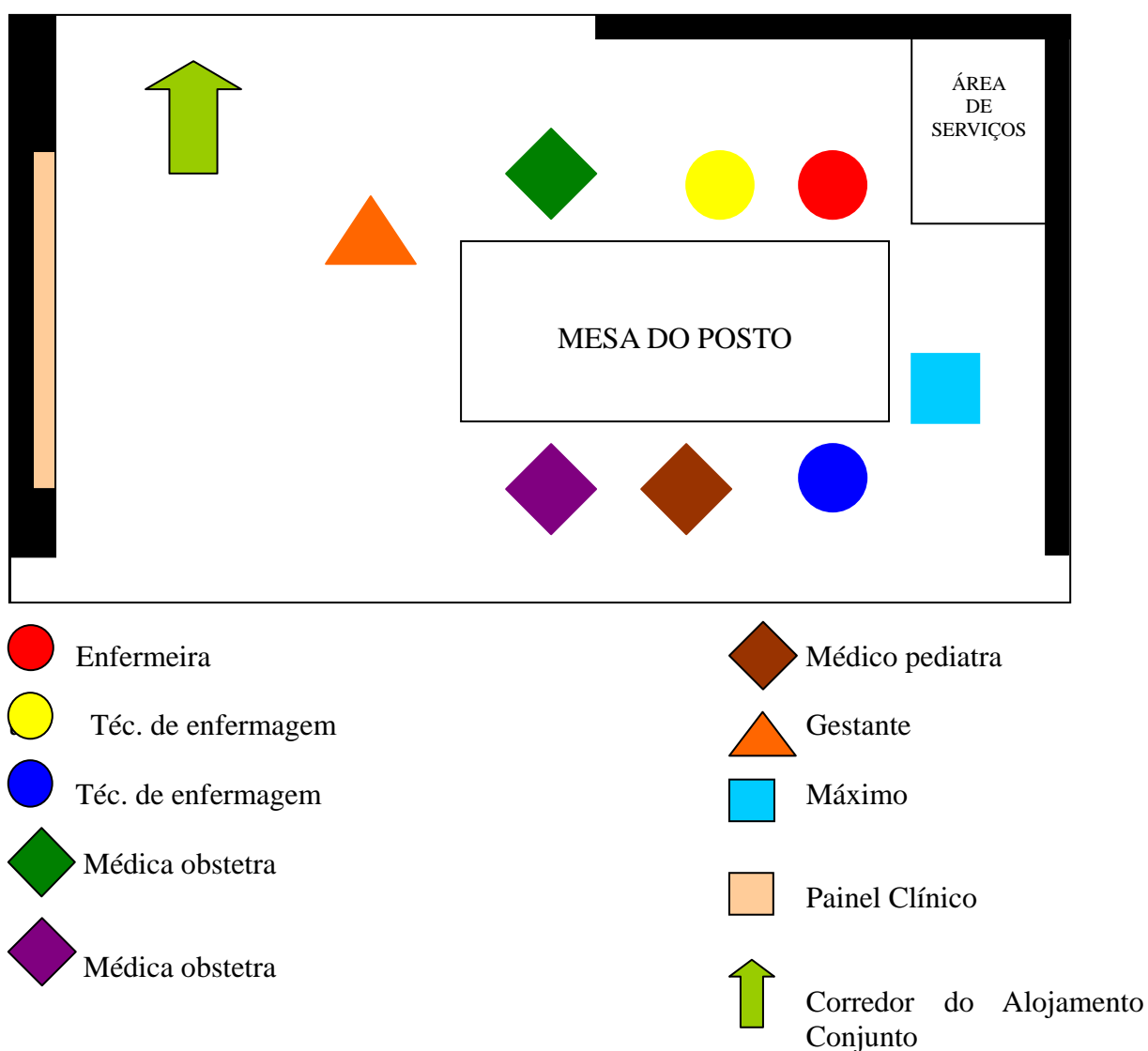


Figura 2: Interação no Posto de Enfermagem do Alojamento Conjunto¹⁵.

¹⁵ Este modelo de gráfico representa a interação entre os membros da equipe a partir das funções que cada um

3 PUDOR E PROCEDIMENTOS CLÍNICOS

3.1 O Corpo da Mulher e a Maternidade

No hospital é necessário seguir determinadas normas que se diferenciam das relações habituais da maioria dos indivíduos. Para melhor definir a instituição hospitalar utilizaremos as contribuições de Goffman (1974). Para o autor, o hospital é uma instituição total:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande numero de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (GOFFMAN, 1974, p. 20).

É também no hospital que se experimenta o internamento, se vive situações de dor, alegria, tensão, alívio, sofrimento, esperança, e também local onde os dilemas da vida e o sentido da existência são colocadas em xeque. O hospital se configura em um espaço de interação e de socialização dos sujeitos envolvidos. Segundo Goffman numa instituição total

Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a seqüência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente, as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (GOFFMAN, 1974, p. 17-18)

O hospital também se caracteriza por se constituir num espaço em que se permeiam as relações de disciplina, de saber e de poder, desenvolvidos e aperfeiçoados através da história desta instituição pelo saber e poder médico. Segundo Foucault (1979, p.101) “antes do século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão”. A partir do final do século XVIII uma nova transformação entra em cena, o hospital passa a ser “programado” como instrumento

terapêutico, seu objetivo agora é o de produzir conhecimento clínico através da cura de doenças e agravos, e conseqüentemente os seus possíveis tratamentos (FOUCAULT, 1979).

No entanto a maternidade se constitui num espaço diferenciado em relação aos hospitais gerais, que visam à cura e o tratamento dos agravos à saúde e das doenças. Na maternidade não é a doença que está em questão, o corpo da gestante não é um corpo doente e a gestação não se constitui como doença. Mesmo relacionando casos clínicos em que determinadas doenças ou agravos podem comprometer o bem estar físico da gestante e seu feto, a constituição da obstetrícia como saber clínico se estabeleceu mais precisamente no saber voltado para a ciência dos partos. Esta ciência se baseou na prerrogativa inicial da diferenciação morfológica do corpo feminino, como respaldo necessário para estabelecer seu conhecimento, ou seja, o corpo da mulher se apresenta como o corpo da gestação (MARTINS, 2005) e o objeto da intervenção obstétrica.

Mesmo enfrentando resistências consideráveis, a ciência dos partos foi uma das primeiras especialidades médicas a se constituir, sendo definida como o conjunto de conhecimento relativos à reprodução da espécie. Com essa definição os obstetras circunscreveram o tema da reprodução aos fenômenos da gestação e da parturição, já que pouco ou quase nada se sabia da concepção. Como esses fenômenos ocorriam no corpo feminino, foi para ele que se direcionavam as atenções e os olhares. Toda a grande produção do conhecimento obstétrico divulgado em livros e artigos médicos que ocorreu no século XIX teve como objeto o corpo feminino, que foi minuciosamente inquirido, observado e representado (MARTINS, 2005, p. 655).

Mesmo não estando relacionados ao processo patológico do corpo, os mecanismos que regem o conhecimento médico estabelecem para o processo de gestação os mesmos moldes de intervenção no corpo estabelecidos pela medicina geral. Os exames físicos, a inspeção do corpo e sua manipulação, os grandes tratados sobre a gestação e o parto, características anatômicas, morfológicas, fisiológicas sobre a mãe e a o feto, o exame, as técnicas e instrumentos clínicos específicos foram criados para esta nova especialidade médica. Conhecimentos estes registrados e introduzidos na esfera hospitalar que legitimam o hospital como local para a realização dos partos.

O corpo da parturiente devia ser manipulado pelas mãos dos médicos para que fossem conhecidas as posições, o que exigia da mulher adotar certas posições e permanecer imóvel, o que nem sempre ocorria, pois muitas mulheres não aceitavam o toque vaginal e preferiam movimentar-se quando sentiam as contrações. Alguns médicos aceitavam esses comportamentos,

mas a tendência foi convencer a parturiente de que quanto mais ela colaborasse com o médico, deixando-se examinar, melhor seria o atendimento e mais seguros os resultados (MARTINS, p. 662, 2005).

No hospital o paciente é constantemente observado: o exame físico, o diagnóstico a internação e o tratamento. Estes procedimentos são institucionalizados pelo saber médico e legitimados pelos pacientes que reconhecem o profissional da saúde como detentor de um saber que, não só o coloca em um patamar superior, mas que pode prescrever normas, procedimentos para o paciente. Se para Foucault (1979) o hospital medicalizado também surge como instrumento de ajustamento dos corpos, sendo a observação dos pacientes constantemente desempenhada pela equipe médica, tendo como prerrogativa uma melhor distribuição dos espaços e o desenvolvimento da disciplina relacionada às relações entre o saber médico e os doentes. Na maternidade as gestantes também passam pelos referidos processos de ajustamento dos corpos, mesmo a gestação não sendo caracterizada como doença.

O corpo da mulher na maternidade se apresenta em nossa cultura como o corpo para a gestação. A reprodução, esteja ela referenciada ao processo biológico ou ao papel preponderantemente atribuído às mulheres na criação maternal, se constitui por meio do discurso em um corpo para o outro, sujeito aos processos de dominação simbólica que ditam as regras de sua representação social. Scavone (2001) quando discute a “invenção da maternidade” afirma que uma mudança significativa a partir do século XVIII “deslocou” a visão sobre a mulher em relação à maternidade. Durante a idade média e nas comunidades rurais as representações sociais sobre as mulheres se assentavam na idéia de “fecundidade” associada a terra. Já no final do século XIX a idéia do amor romântico da “criação do lar”, deslocou esta concepção para a idéia de “feminilidade” fundada na maternidade. Segundo a autora “este modelo se consolidou em uma ideologia que passou a exaltar o papel natural da mulher como mãe, atribuindo-lhe todos os deveres e obrigações na criação dos filhos e limitando a função social feminina à realização da maternidade (SCAVONE, p. 49, 2001).

Neste período, mais do que no anterior, a construção da identidade feminina se enraíza na interiorização pelas mulheres, de normas enunciadas pelos discursos masculinos. A ênfase deve, assim, ser colocada sobre os dispositivos que asseguram a eficácia desta violência simbólica que, como escreveu Pierre Bourdieu, “só triunfa se aquele(a) que a sofre contribui para a sua eficácia; ela só o submete na medida em que ele (ela) é predisposto por um aprendizado anterior a reconhecê-la”. Um objeto maior da história das mulheres é então o estudo dos discursos e das práticas, manifestos em registros múltiplos, que garantem (ou devem garantir) que as mulheres

consintam nas representações dominantes da diferença entre os sexos: desta forma a divisão das atribuições e dos espaços, a inferioridade jurídica, a inculcação escolar dos papéis sociais, a exclusão da esfera pública, etc. Longe de afastar do "real" e de só indicar figuras do imaginário masculino, as representações da inferioridade feminina, incansavelmente repetidas e mostradas, se inscrevem nos pensamentos e nos corpos de umas e de outros (CHARTIER, p. 40, 1995).

Esta nova visão do feminino, característica marcante da sociedade burguesa europeia do século XIX, mesmo não se difundindo em todas as classes sociais, de certa forma tornou-se o discurso dominante sobre a mulher, sobre as relações conjugais e a maternidade. O pudor na história da sexualidade esteve por “muito tempo” entrelaçado ao regime vitoriano, de rígida moral, herança que pode muito bem ser sentida até hoje. “A pudicícia imperial figuraria no brasão de nossa sexualidade contida, muda, hipócrita” (FOUCAULT, 1985, p. 9). Aliás, foi na burguesia vitoriana que a sexualidade teve um cuidadoso deslocamento espacial, encerrada e muda, passou a figurar dentro da família conjugal.

O casal, legítimo e procriador, dita a lei. Impõe-se como modelo, faz reinar a norma, detém a verdade, guarda o direito de falar, reservando-se o princípio do segredo. No espaço social, como no coração de cada moradia, um único lugar de sexualidade reconhecida, mas utilitário e fecundo: o quarto dos pais. Ao que sobra só resta encobrir-se; o decoro das atitudes esconde os corpos, a decência das palavras limpa os discursos (FOUCAULT, 1985. p. 9-10).

No entanto, ressaltaremos uma interrogação a respeito dos mecanismos que re-significaram o corpo da mulher-gestante de forma a introduzi-lo no campo da medicalização. Que corpo esta em jogo quando nos referenciamos a gestante durante o processo de maternidade? De que forma o corpo da mulher durante o período de gestação tornou-se mecanismo de intervenção médica? Uma das hipóteses que desenvolveremos para discutir esta questão se apresenta na prerrogativa que o corpo da mulher-gestante de alguma forma passou a ser “estigmatizado” na forma de se apresentar modificado pelo crescimento do feto e, portanto, um corpo propício a intervenção médica. Um corpo que carrega outro corpo torna-se assim objeto do cuidado e porque não das prescrições médicas e também sociais. Neste sentido o corpo da gestante traria o estigma-fachada de um corpo doente que necessita ser medicalizado, controlado, mesmo não apresentando nenhuma doença. Um corpo que precisa ser avaliado, monitorado, requer cuidados especiais, exames, ausculta e palpação, avaliação e se for o caso, até mesmo tratamento.

Para desenvolver esta idéia de estigma-fachada do corpo da gestante, nos utilizaremos

mais uma vez das contribuições de Goffman (1993). Para o autor, o estigma representa algo negativo, uma categoria indesejada ou uma ameaça à existência social do indivíduo. Realiza-se muitas vezes pela presença de marcas corporais e pode resultar na deterioração da identidade social. Entendemos que esta concepção serve a classificação dos indivíduos por meio de “diferenças” vistas como negativas. O corpo da mulher aos se transformar pela gestação, muitas vezes é imputado de forma negativa sobre outro olhar. O que importa aqui é ressaltarmos o processo de classificação pela diferença negativa, no caso da mulher, segundo esta concepção, esta difere em relação ao corpo “normal” (anterior à gravidez). Segundo o autor o estigma se inscreve nas relações dos indivíduos, onde o desvio da identidade de um reforça a identidade de outro. Estes mecanismos são internalizados, produzindo desigualdades e criando discrepância sobre a “identidade social real” e a “identidade social virtual” (GOFFMAN, 1993).

De alguma forma a fachada do sujeito estigmatizado é apresentado como em “desvantagem” em relação a outros sujeitos, situação esta delimitada pela sociedade de forma a reduzir as oportunidades, as expectativas e o movimento; de modo a manipular a identidade social conforme o interesse desta sociedade (GOFFMAN, 1993). No entanto, como o conceito de estigma-fachada se encaixaria na construção do corpo da gestante como um corpo frágil? Primeiramente, no início da sociedade industrial a mulher-gestante apresenta certa “desvantagem” no mercado de trabalho, sendo esta “desvantagem” ainda presente nos dias atuais. Mesmo esta visão de estigma-fachada se apresentando contrária a visão romântica (ou machista) que atribuí às mulheres a função exclusiva da maternidade, esta visão se choca com a realidade vivida pelas mulheres da classe operária no início do processo de industrialização (SCAVONE, p. 49, 2001).

As contradições inerentes ao processo de industrialização e a forma como as mulheres ingressaram no mercado de trabalho, marcadas por profundas desigualdades sociais e sexuais, revelam os impactos desse processo na mudança dos padrões da maternidade. No momento em que as mulheres das famílias operárias, no séc. XIX, começaram a associar, de forma crescente, trabalho fora do lar e maternidade (leia-se, também, como trabalho no lar), instaurou-se a lógica da dupla responsabilidade, que se consolidou no séc. XX, com o avanço da industrialização e da urbanização, recebendo por parte das análises feministas contemporâneas a designação de “dupla jornada de trabalho” (SCAVONE, p. 49, 2001).

Ressaltamos que não se trata de dizer que o corpo da gestante é um corpo estigmatizado no sentido estrito do conceito, mas que este corpo vivencia situações

estigmatizantes numa sociedade patriarcal, um corpo que necessita ser constantemente vigiado e controlado, avaliado pela própria mulher-gestante, pela prática médica e pelos outros de suas relações.

Na obstetrícia o corpo da gestante passa por intervenções que tratam o corpo da mulher de forma “diferenciada” dos demais, utilizando-se dos mesmos mecanismos clínicos que diferenciam o corpo saudável do corpo doente, mesmo que este postulado médico não considere o corpo da gestante como corpo doente. A necessidade da intervenção médica se justifica pelos riscos da mortalidade da mãe e da criança durante a gestação ou no parto. O complexo conhecimento da obstetrícia em relação à anatomia, a fisiologia e transformação do corpo da mulher durante a gestação, aumentam a segurança contra os riscos e ao mesmo tempo retiram de cena as parteiras tradicionais. A obstetrícia enquanto especialidade médica foi a responsável pela medicalização e institucionalização do parto.

O corpo grávido, mesmo não se apresentando como um corpo doente para a medicina necessita da intervenção médica, do controle médico e da internação hospitalar. A gestante passa pelos mesmos processos de internação que um doente qualquer, apesar não estar doente.

Vale ressaltar que a condição de “estigma-fachada” do corpo da gestante, assim como a condição social da mulher, submetida à cultura do macho, já foi e continua sendo contestada pelas próprias mulheres. A emancipação em relação ao corpo, porém, ainda se constitui num processo de luta das mulheres em relação aos padrões vigentes que procuram determinar normas de conduta para mulher, principalmente quando a questão envolve a maternidade. Um dos exemplos apontados por Miriam Goldenberg (2005) de emancipação e “transgressão simbólica” em relação ao corpo e a sexualidade, é o caso Leila Diniz, nas décadas de 60/70 no Rio de Janeiro.

Quando, em 1971, Leila Diniz exibiu sua barriga grávida de biquíni, na praia de Ipanema, escandalizou e lançou moda. Foi capa de revistas e manchete de jornais por ter sido a primeira mulher a não esconder sua barriga em roupas soltas e escuras, consideradas mais adequadas a uma grávida. Não só engravidou sem ser casada como exibiu uma imagem concorrente à grávida tradicional, que escondia sua barriga. A barriga grávida materializou, objetivou, corporificou seus comportamentos sexuais transgressores. Ícone das décadas de 1960 e 1970, Leila Diniz permanece, até hoje, como símbolo da mulher carioca, que encarna, melhor do que ninguém, o espírito da cidade: corpo seminu, sedução, prazer, liberdade, sexualidade, alegria, espontaneidade (GOLDENBERG, P. 77, 2005).

Dessa forma não podemos pensar a maternidade e o corpo da mulher como elementos que se enlaçam e se redefinem numa relação em si mesma. Consideramos que pensar o corpo

feminino e a maternidade só é possível se conseguirmos ultrapassar as concepções biologistas da reprodução e avançar em direção a suas determinantes sociais e culturais. Portanto, inscrevê-la no campo simbólico, pois é disto que se trata quando pensamos o corpo. Neste sentido o corpo é o instrumento simbólico que media nossa relação com o outro e nossa inserção na cultura e na história.

Na sequência do capítulo discutiremos a manipulação do corpo e as possíveis manifestações do pudor nos espaços e nos respectivos procedimentos clínicos.

3.2 O Pudor no Ambulatório

O Ambulatório se constitui na porta de entrada das gestantes que pretendem realizar o parto no hospital. No ambulatório também são realizados exames de raio-x, eletrocardiograma e consultas pré-natais. Caso haja necessidade podem ocorrer atendimentos de urgência e emergência, mesmo que a maioria desses atendimentos seja atribuição da Unidade de Pronto Atendimento.

O Ambulatório se configura como o local em que se realizam a primeira avaliação médica, que determinará se há necessidade de internação da gestante, assim como esclarece dúvidas, auxilia e encaminha para outros atendimentos durante a gestação. Após a chamada a gestante é atendida pela equipe de enfermagem. Uma técnica de enfermagem realiza a triagem e notifica a equipe médica sobre a necessidade de consulta. Para as gestantes que necessitam de internação o ambulatório é onde se inicia o processo clínico, seja para realização do parto ou para avaliar intercorrências na gestação. Estas consultas são os primeiros contatos da equipe médica com as gestantes.

Quando a obstetra chegou ao “Ambulatório” imediatamente a técnica de enfermagem comentou que gostaria de conversar com ela. Expliquei à obstetra que estava realizando uma pesquisa sobre maternidade e que iria acompanhar algumas gestantes para trabalhar sobre a “experiência de internação” no hospital. A obstetra fez um gesto de positivo com a cabeça em sinal de consentimento. Rapidamente indicou que iria consultar uma gestante, perguntei se poderia acompanhá-la nesta consulta e a médica respondeu que sim.

Na sala de consulta informei à obstetra que já tinha conversado anteriormente com a gestante e que ela havia me concedido autorização para acompanhá-la. Entrando na sala a médica senta-se à mesa de consulta, a gestante continuava deitada sobre a cama com o marido ao seu lado, em pé. Fiquei num ponto da sala do qual poderia observar tanto a mesa de consulta quanto a cama onde a gestante estava deitada.

Em seguida a obstetra faz algumas perguntas à gestante: “Você fuma? Bebe”? A gestante que continuava deitada respondeu que “não”. Em outro momento a obstetra perguntou: “Como você sabe que está com mais de trinta e oito semanas”? A gestante responde “Ah, eu estipulei pelos exames. Conteí pelos dias que fiz os exames”. A obstetra pergunta “as ecografias? Você esta com elas aqui”? A gestante pediu que o marido as pegasse em uma mochila. A médica avaliou os exames e perguntou à gestante se ela teve uma infecção urinária no começo da gestação. A gestante confirma. A obstetra então pergunta: “E você tratou direitinho”? Depois que a gestante confirmou que tratou a médica continua: “E como você tratou desta infecção que você teve lá no começo da gestação”? A gestante responde que um “doutor” receitou uma medicação. “E funcionou a medicação?” “O doutor me receitou a medicação para sete dias. Daí me consultei novamente, o médico me avaliou e receitou a medicação para mais sete”. Nesse momento a obstetra só comentou: “Ah, então você fez um tratamento de sete dias e depois outro tratamento de mais sete dias”. Logo depois a médica obstetra começou a observar as ecografias e a calcular com o auxílio de um pequeno aparelho com quantas semanas de gestação se encontrava a mulher. Depois de algumas tentativas de calcular a obstetra comentou “Ah, não deu certo o resultado no aparelho. O melhor é calcular no papel mesmo, não sei por que agente usa estes aparelhos”. Comentei sorrindo “Pois é, às vezes a tecnologia atrapalha”! Depois de calcular no papel a obstetra chegou ao número de semanas de gestação: “Então, você esta com trinta e nove semanas e três dias de gestação. Chegou o momento de ter o bebê”. Ao avistar o rapaz que estava ao lado da gestante a médica pergunta “Você é o marido dela?” O rapaz fez um gesto que “sim”. Em seguida a médica comenta “Vou pedir que você espere do lado de fora da sala, ok”.

Depois que o marido saiu da sala, a médica começou a explicar de forma calma e pausada os passos seguintes da consulta: “Então, agora vamos fazer alguns exames em você e depois você será encaminhada para o Centro Cirúrgico onde terá o bebê”. A obstetra continuou explicando a consulta “Então agora vamos ouvir as batidas do coração de seu bebê”. Pegou o cardiotoco (ou cardiotocógrafo¹⁶) e encostou um pequeno sensor na região inferior esquerda do abdômen da gestante. Nesse momento começamos a ouvir os batimentos cardíacos do bebê. “Agora vamos fazer o exame de toque para saber o nível de dilatação. Você conhece o exame?” A gestante fez um gesto confirmando que conhecia. Nesse momento

¹⁶ A cardiotocografia (CTG) é um método biofísico não invasivo de avaliação do bem estar fetal. Consiste no registro gráfico da frequência cardíaca fetal e das contrações uterinas. É classificada em cardiotocografia ante parto (quando realizada antes do início do trabalho de parto) e intraparto. É chamada de basal quando o exame ocorre sem interferência do examinador, e estimulada quando se utilizam recursos mecânicos ou vibro-acústicos para testar a reação do feto.

a técnica de enfermagem retirou o lençol que cobria a cintura e as pernas da paciente, a obstetra colocou as luvas e começou a realizar o exame. A gestante que já sentia dores devido às contrações pareceu se contrair um pouco mais devido ao exame. Durante o exame a gestante colocou seu antebraço esquerdo por cima do rosto e com a parte posterior da mão encobriu seus olhos. Concluído o exame a médica explica à gestante que ela já está começando o trabalho de parto. Continuou “e como você já sabe o trabalho de parto demora um pouco. Mas como esta é sua segunda gestação, o trabalho de parto demorará um pouco menos em relação à primeira”. A paciente explicou que começou a sentir as dores desde a manhã, mas não achou necessário se encaminhar para o hospital tão cedo. A obstetra comentou que não havia problema de vir antes ao hospital. Perguntou onde a paciente morava e essa respondeu que morava em Piraquara. A obstetra comentou “realmente Piraquara fica um pouco distante daqui. Ficaria difícil de você voltar para casa”. Em seguida a obstetra comentou que a paciente chegou ao momento exato em que se iniciaria o trabalho de parto. “Às vezes aparece uma gestante em sua quinta gestação que chega e já vai direto pro parto”. Foi um momento descontraído e a paciente gestante comentou sorrindo “Meu deus, quanta gestação. Não quero chegar a isso não”.

Logo em seguida a médica explica que iria realizar um exame com amnioscópio¹⁷, instrumento utilizado para observar o líquido amniótico¹⁸, já que a paciente havia relatado que a bolsa não estourou. A médica pediu para a técnica trazer o aparelho. A obstetra explicou que iria introduzir o aparelho na região vaginal, para assim poder observar o líquido amniótico. Explicou que a paciente sentiria uma sensação igual ao exame papanicolau¹⁹. Depois de realizado o exame a obstetra falou que já havia terminado os exames e explicou à gestante que caso a bolsa não se rompesse a equipe médica utilizaria um “aparelhinho” para rompê-la. E finalizou dizendo ela já poderia ser encaminhada para o Centro Cirúrgico Obstétrico. Muito rapidamente a técnica de enfermagem auxilia a gestante a vestir a camisola hospitalar e a coloca sobre uma cadeira de rodas e leva-a para o Centro Cirúrgico.

Nas consultas se estabelecem os primeiros contatos com o universo hospitalar. O ritual da consulta tem como função certificar, avaliar, checar e observar o processo de transformação do corpo da gestante em seu momento mais propício para iniciar o parto. Muitas gestantes já tiveram estes contatos em outras ocasiões, e por não estarem no início do

¹⁷ Aparelho utilizado para a visualização do líquido amniótico, através da endoscopia cervical, auxiliando o médico durante a observação da câmara amniótica.

¹⁸ Líquido amniótico (ou fluido amniótico) é o fluido que envolve o embrião, preenchendo a bolsa amniótica, que desta forma o protege de choques mecânicos e térmicos.

¹⁹ Exame ginecológico de citologia cervical realizado como prevenção ao câncer do colo do útero.

trabalho de parto muitas não foram internadas.

De qualquer maneira, observa-se que muitas gestantes apresentavam certo conhecimento sobre os períodos e as condições de sua gestação, isto se deve em grande parte ao conhecimento adquirido durante as consultas no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde. No entanto, o critério médico é que estabelece a condição clínica da gestante. Quando a gestante dá entrada no hospital a fim de realizar uma consulta, isto se deve por reconhecer na clínica hospitalar, mais precisamente na obstetrícia, as condições que permitem estabelecer com certa precisão o estágio da gestação (idade e condições do feto, tempo de gestação e data aproximada do parto).

A partir da consulta o conhecimento médico se apodera do corpo da gestante. Por meio da tecnologia e do saber médico, seus instrumentos, exames e diagnóstico, o corpo da gestante passa a ser objeto do conhecimento da ordem médica. O fazer médico (a obstetrícia) é uma especialidade voltada para o corpo da mulher em sua transformação no período de gestação e no parto. A previsibilidade do parto, a identificação de cada etapa do processo de gestação, as intercorrências (doenças que podem ocorrer nesse período), as condições físicas do corpo da mãe, a evolução do feto, a resposta cardiológica deste e seu posicionamento são conhecimentos clínicos que constituem para a obstetrícia elementos que legitimam a intervenção no corpo da mulher durante a gestação.

A mulher grávida e a parturiente passaram a ser foco das atenções dos médicos desde o final do século XVIII, mas foi ao longo do XIX que o conhecimento e o atendimento às mulheres em tais condições deram origem a uma especialidade médica. Na história oficial da obstetrícia a gravidez e o parto são assuntos que só ganharam relevância com a entrada do médico num domínio que até então tinha sido exclusivo das mulheres. Nessa versão, a entrada dos médicos na cena do parto mostra os cirurgiões como indivíduos dotados de espírito investigador que desafiaram o monopólio das parteiras e conquistaram um novo campo profissional (MARTINS, 2005, p. 651).

Os sinais mais visíveis e significativos para as gestantes se apresentam pelos sintomas presentes no corpo, muitas vezes estes sintomas se dão por meio de dores e tremores, sensação de fadiga e cansaço. Um dos sinais mais relevantes do momento de iniciação do parto se constitui pelo rompimento da bolsa amniótica, isto significa que o líquido amniótico que envolve o corpo do feto não cumpre mais a função de proteger a criança durante processo de gestação, marcando nesse momento o início do trabalho de parto. No entanto, a casos em que o rompimento da bolsa não ocorre mesmo iniciando o trabalho de parto, tendo inclusive

em algumas situações a necessidade de ser executado pela equipe médica. A partir do momento que o diagnóstico indica a necessidade de internação, nesse momento inicia-se o processo de sujeição da gestante, ou seja, seu processo de internação. Como já indicado acima o hospital e mais precisamente o conhecimento clínico obstétrico detém o poder simbólico de ser a instituição de realização dos partos. Este poder advém de um longo processo de formação e constituição da clínica obstétrica como uma das especialidades médicas que tem como referencial o corpo feminino em sua condição de gestação, também conhecida como a “ciência dos partos”.

Refutando a opinião de leigos e colegas de profissão (séc. XIX) que não davam muita importância à ciência dos partos (expressão cunhada por ele) por acreditarem ser o parto um acontecimento simples, um assunto de mulheres, Velpeau explicava que os problemas de natureza obstétrica eram frequentes e necessitavam da atenção médica especializada em anatomia, fisiologia, patologia, embriologia, e cirurgia, conhecimentos estes que ele possuía. Como bom racionalista, Velpeau foi buscar na história a justificativa para sua ciência. Equacionando ciência com grau de civilização, o autor explicava que nos períodos remotos da história da humanidade e entre os povos selvagens e bárbaros, somente as mulheres atendiam as parturientes. Com o progresso da civilização os cirurgiões passaram a atender os partos, o que o levou a concluir que a arte dos partos deveria acompanhar os avanços científicos, vindo a transforma-se numa ciência produzida exclusivamente pelos médicos, a tocologia (MARTINS, 2005, p. 654).

O processo de internação²⁰ inicia quando o diagnóstico clínico da gestante realizado pela equipe de médicos obstetras, aponta para a proximidade do parto ou a existência de algum agravo à saúde. Um detalhe importante deste processo é que aponta para o início da submissão da gestante ao *ethos clínico* é a exigência do uso da camisola hospitalar. De alguma forma este gesto indica uma nova forma de apresentação da gestante no contexto institucional. Vestir a camisola hospitalar significa de alguma forma estar vestindo um dos componentes da nova identidade da gestante: a parturiente, aquela que está prestes a dar à luz. No momento em que a gestante veste a camisola desfaz-se também de seus objetos pessoais que lhe serão restituídos após o parto, quando esta já estiver com seu bebê no Alojamento Conjunto.

A incorporação do *ethos clínico* se manifesta pela obediência da gestante às normas e prescrições que são estabelecidas pela equipe de saúde e pelo hospital enquanto durar o período de internamento. Até mesmo os movimentos corporais da gestante são estabelecidos pela ordem institucional. A camisola tolhe a liberdade de movimento da gestante, dado que

²⁰ Mesmo sabendo que a gestante ao ser internada incorpora o *ethos hospitalar* saindo de uma condição exclusiva de gestante para a condição de “paciente gestante” continuaremos denominado-a gestante.

não se configura numa peça de roupa para qualquer hora do dia em ambientes com circulação de estranhos. A camisola possui uma abertura na parte traseira que deixa a gestante com parte de suas nádegas exposta, o que é um elemento que agrava a situação de constrangimento da mulher.

Voltando à mesa de consulta a médica obstetra começa a preencher o histórico clínico, o receituário médico e o formulário de evolução da gestante. Nesse momento a gestante já se encontra na cadeira de rodas vestida com a camisola hospitalar e toca cirúrgica. Após preencher os formulários médicos a obstetra comentou “nossa quanta coisa para preencher”. Tanto eu quanto a gestante que estávamos na expectativa de sair da sala de consulta soltamos uma risada.

A obstetra explica para a gestante que ela será levada para o “Centro Cirúrgico Obstétrico” para começar o trabalho de parto. O marido da gestante estava nesse momento registrando a internação na recepção do hospital. Enquanto esperávamos aproveitei para mostrar a “Declaração de Acompanhamento de Parto” (ANEXO 1) para a gestante que leu e assinou o termo. A técnica de enfermagem chamou o marido e entregou os pertences pessoais da gestante. Voltando ao posto de enfermagem do Ambulatório o marido teve uma breve conversar com a esposa e se despediu com um beijo.

Ajudei conduzir a gestante para o Centro Cirúrgico abrindo as portas pelo caminho. Em todo percurso não parávamos de conversar. Saímos do Ambulatório passamos pela recepção que estava cheia de olhares curiosos em nossa direção. Perguntei para a técnica de enfermagem se gostaria que eu levasse a caixa contendo o material clínico para a gestante, também conhecido como “kit gestante”. A técnica respondeu que não precisava e colocou o kit sobre o colo da gestante.

Chegando ao Centro Cirúrgico Obstétrico a gestante se levantou da cadeira de rodas segurando sua camisola atrás para que não abrisse e expusesse suas nádegas, ao mesmo tempo em que segurava o lençol que estava sobre o colo. As técnicas de enfermagem do Centro Cirúrgico Obstétrico acompanharam a gestante até a sala de Pré-Parto.

No trajeto do Ambulatório até o Centro Cirúrgico Obstétrico a gestante é observada pelos indivíduos que circulam por esse caminho, sejam eles funcionários, visitas e pacientes que aguardam internamento ou consulta e seus acompanhantes (Figura 3).

O caminho percorrido se constitui num ritual, nele cada detalhe possui importância simbólica e deve ser executado de forma protocolar. A gestante é conduzida sempre em cadeira de rodas, seja qual for sua condição. Levá-la ao CCO na cadeira de rodas representa uma forma de manter sob controle os movimentos do seu corpo. A cadeira, ao mesmo tempo

em que serve como instrumento de transporte da gestante é muito mais um mecanismo de ajustamento do corpo, preparando-o para a posição que será assumida pela gestante durante o parto propriamente dito. O outro elemento desse ritual de ajuste é a camisola hospitalar que ao tolher os movimentos pela semi-nudez, também funciona como mais um instrumento de ajustamento do corpo.

Mesmo sendo o conhecimento médico o legitimador das intervenções clínicas no corpo da gestante, este conhecimento por si só não é suficiente para o estabelecimento das regras institucionais. O que se passa é que há normas institucionais de ajustamento do corpo que atendem às práticas da organização hospitalar. Um exemplo disso é a padronização, via protocolos, de todas as ações das equipes, por um lado. E, por outro a própria gestante reforça e reproduz o poder dessas regras ao reagir dentro de um quadro de comportamentos esperados pela equipe: docilidade, obediência e subserviência às regras e à equipe de saúde, são o que se espera da gestante. Só assim ela se torna merecedora do carinho e da atenção da equipe, para além daquilo que é estritamente protocolar. Seja no exame físico, no toque, na decisão de quem deve acompanhar a consulta e até mesmo no diálogo com a família, o que predomina são formas protocolares de agir.

Se o ajustamento do corpo dos sujeitos – e aqui falo tanto da gestante quanto da equipe – envolvidos na ação está submetido às normas institucionais, não é diferente para as relações de um membro da equipe com outro, todos ficam submetidos ao universo institucional, dos movimentos à palavra, tudo parece ensaiado. Na verdade este é o efeito das determinações protocolares sobre os indivíduos. Tudo à primeira vista parece muito harmônico e polido, o que não necessariamente seja verdade, pois sobre esta aparência se escondem relações de poder marcadas pela dominação de uns sobre outros, de médicos sobre enfermeiros, e destes dois sobre as gestantes. Poderíamos levantar aqui a hipótese de que as expressões de polidez e respeito fazem parte daquilo que em sua base são relações e interações baseadas na “razão cínica”. Sobre este ponto nossos dados não nos permitem avançar, mas fica registrada aqui essa hipótese para futuros estudos.

Até o presente momento discutimos como minha presença no campo de alguma forma se tornou parte constitutiva da análise. Neste sentido, minha presença se transformou no que poderíamos chamar de uma espécie de “espelho” de determinadas situações. Em um sentido específico minha presença no campo evidenciou fatos muitas vezes morais e institucionais, tanto em relação ao corpo, quanto em relação a aspectos clínicos. Outras vezes fatos que escondiam relações de dominação que podem ou não se apresentarem como dominação de gênero. Esta dominação muitas vezes se traveste sob formas de delicadeza e polidez, mas cuja

função buscam a sujeição às normas institucionais. A presença de homens e mulheres nas equipes não corresponde à solidariedade de gênero (enfermeiras/médicas-gestantes) por oposição a dominação de gênero (enfermeiros/médicos-gestantes). O que se nota é que na medida em que impera o protocolo, a dominação não pode – no nível até onde nossa observação permite – ser qualificada a partir de uma posição de gênero de quem a exerce. As médicas, as enfermeiras, bem como os médicos e os enfermeiros ao agirem seguem os protocolos de seu saber e da ordem institucional como orientadora da ação. Não obstante, não poupei esforços em utilizar de minha presença e minha posição no campo como meio para captar esta dimensão entre os sujeitos no processo clínico, mas fui incapaz de percebê-las no nível que gostaria.

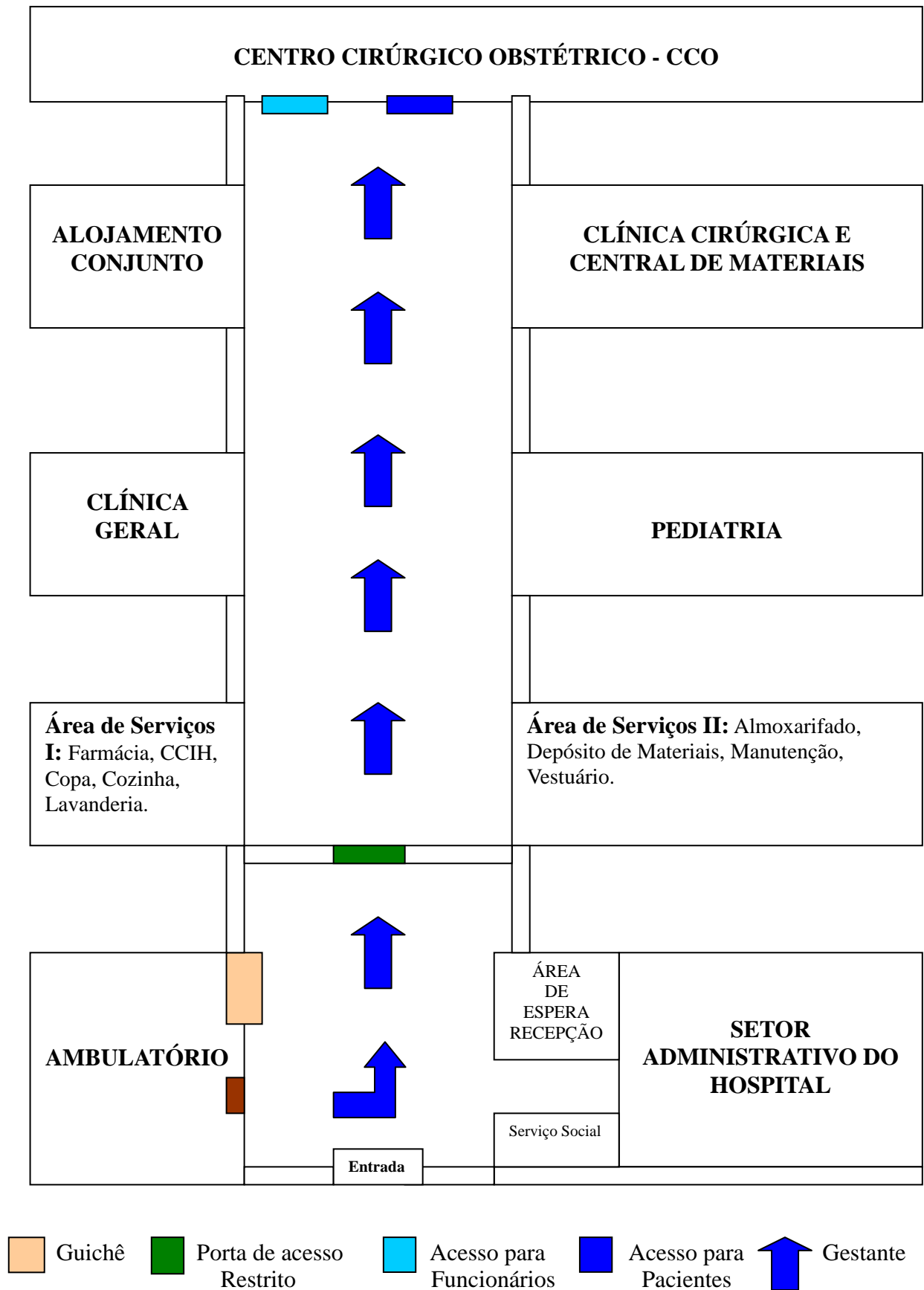


Figura 3: Caminho percorrido pela gestante para o CCO do hospital.

3.2.1 “Você venha aqui. E você venha pra cá”

O trabalho da equipe médica se constitui num dos elementos centrais no atendimento obstétrico. Especificamente no hospital onde foi feita a pesquisa, o processo de internação das gestantes só se concretiza após a avaliação clínica da equipe médica. O início desta avaliação se faz já nas primeiras consultas no “ambulatório”. As gestantes normalmente são encaminhadas das Unidades de Saúde do município sempre que necessitarem de exames com um especialista, no caso o obstetra. Durante as consultas de pré-natal, normalmente realizadas nas Unidades de Saúde, mas que podem ser realizadas também no hospital, as gestantes são informadas e orientadas sobre as etapas da gestação e quando, provavelmente, irão realizar o parto. Inicia-se assim a preparação e o acompanhamento médico da gestante e se realizam exames periodicamente, bem como se procura estabelecer uma data, aproximada, para o parto.

Na consulta ambulatorial uma técnica de enfermagem se encarrega de realizar a primeira triagem e organizar a agenda de consultas para a gestante, assim como fazer os registros destas consultas. A realização do diagnóstico clínico da gestante é de responsabilidade dos médicos obstetras. O objetivo é o de estabelecer um diagnóstico mais próximo possível da condição clínica real da gestante. Este diagnóstico norteará o caminho que será adotado para acompanhamento da gestação, que pode variar de uma simples alta sem necessidade de internação ou de possíveis internações para observação, realização de exames, preparação para o parto. Este último caso compreende as gestações que apresentam riscos ao feto ou à gestante.

O Centro Cirúrgico Obstétrico estava bastante agitado pelo período da manhã. A equipe médica estava bastante ocupada, pois havia algumas mulheres que fariam curetagem e uma gestante para realizar um parto cesáreo. Enquanto isso a equipe de enfermagem preparava os leitos para as pacientes que dariam entrada no setor e cuidava das pacientes que já realizaram curetagem. Uma das novidades neste dia de trabalho de campo foi o de conhecer um pouco mais a rotina de trabalho da equipe médica obstétrica. Perguntei a uma das médicas que tipo de consulta iria realizar. Respondeu que seria “ginecológica”. Meu objetivo não era somente acompanhar uma consulta ginecológica e sim acompanhar uma consulta de uma gestante que fosse dar entrada no Centro Cirúrgico Obstétrico. Na dúvida perguntei se poderia acompanhá-la nas consultas. A médica respondeu: “Depende! Por você ser homem algumas pacientes se sentem incomodadas. Daí você teria que sair, caso contrário, tudo bem”. Concordei e comentei que iria perguntar para as gestantes antes da consulta. A médica desistiu

de ir até o ambulatório fazer a consulta, pois com a chegada do anestesista finalmente ela poderia realizar uma curetagem a qual estava esperando há algum tempo.

Por consulta ginecológica muito provavelmente a médica se referia exame clínico de tratamento de questões “femininas”, para além de gestação e nascimento de bebês, pois havia me alertado que a “presença masculina” poderia incomodar as mulheres. No entanto, depois de demonstrar meu interesse em acompanhar as consultas a médica deixou a cargo das gestantes decidirem se minha presença as incomodava.

Fiquei por mais algum tempo no “Centro Cirúrgico Obstétrico” até me dirigir para o ambulatório. Chegando tentei obter algum tipo de informação com uma técnica de enfermagem para saber se haveria alguma consulta naquele momento. Como a técnica de enfermagem estava muito ocupada resolvi entrar na sala de consulta para perguntar a médica obstetra. Abrindo a porta perguntei se poderia entrar, a médica respondeu que sim. Ao entrar observei que ela estava com uma gestante. A médica começou a realizar exames de palpação na região abdominal da gestante utilizando as palmas das mãos e os dedos, estes percorriam pontos específicos nesta região, na sequência o exame de toque. Fiquei observando e em nenhum momento, quer por recomendação da obstetra e quer por recomendação da gestante tive que sair da sala de consulta. Enquanto realizava os exames físicos a médica conversava com a gestante informando-a sobre suas condições.

Depois de realizada a consulta a médica pediu para a gestante esperar um pouco, pois ela seria internada no Centro Cirúrgico Obstétrico para a realização de parto cesáreo. Uma das técnicas de enfermagem que se encontrava na sala ajudou a gestante a vestir a camisola, recolheu as roupas pessoais numa sacola e ajudou-a a se sentar numa cadeira de rodas, com a qual seria transportada para o Centro Cirúrgico Obstétrico. Acompanhei-as ao Centro Cirúrgico. Ao entrar a equipe do Centro Cirúrgico Obstétrico manifestou certa surpresa com minha presença. A gestante em nenhum momento ficou exposta devido à camisola aberta nas costas, parece que de alguma forma ela conseguiu evitar sua exposição. No entanto, mesmo assim demonstrava preocupação, pois segurava a camisola para evitar que se abrisse.

Neste caso, a relação com a médica se estabeleceu de forma diferente das demais. A médica não se preocupou com minha presença ao entrar na sala de consultas, para acompanhar os exames. Durante a consulta a médica procurou informar cada passo do que fazia para a gestante, assim como informar seus resultados. De alguma forma cada elemento da consulta parecia se constituir para a médica, num ritual de trabalho, tamanha a precisão e objetividade na avaliação. A questão do pudor não se apresentou nesta consulta, ou pelo menos não foi mensurável, tanto por parte da médica quanto por parte da gestante. Mesmo se

tratando de uma questão que envolvia a nudez da gestante em nenhum momento da consulta precisei me retirar da sala. A situação de nudez da gestante me levou a experimentar sentimentos conflitantes, ora me compelindo a sair, ora me compelindo a ficar, mas presenciei a consulta e seu ritual até o final. Talvez estes mesmos sentimentos de pudor, intangíveis naquelas circunstâncias, estivessem incorporados pela gestante ou pela médica, mas em nenhum momento foram expressos, seja por gestos, seja pela fala ou por uma queixa. No caso, pelas aparências o pudor não se apresentou de forma visível, mas nada impede que o sentimento não possa estar presente mesmo no silêncio entre os participantes da cena.

Talvez uma das maiores dificuldades em tratar desse tema no trabalho de campo seja o de lidar com este caráter intangível do pudor. Isto se deve a dificuldade inicial em tentar compreender que a questão do pudor não se manifesta somente pela nudez do corpo. Mas que existe um conjunto de situações institucionais que podem levar à manifestação do pudor. A manipulação do corpo e sua eventual exposição, são apenas uma dessas situações.

Mais tarde médica obstetra que estava realizando a curetagem resolveu sair do Centro Cirúrgico para realizar consultas no ambulatório. Perguntei se poderia acompanhá-la novamente e se poderia presenciar uma consulta com gestantes. Disse-me que poderia acompanhá-la. No caminho até o ambulatório comentei com a médica que gostaria de acompanhar algumas gestantes desde o início do processo de internação até o momento da alta hospitalar. A médica fez um gesto concordando com a idéia e logo em seguida comentou “Faça isso”.

A médica contou à outra obstetra sobre minha intenção de acompanhá-las nas consultas e explicou rapidamente minha idéia inicial de acompanhar algumas gestantes. Esta também concordou. Chegando ao setor haviam duas gestantes para serem consultadas. Uma das gestantes foi chamada para consulta. Era jovem e estava nos primeiros meses de gestação. Aparentava tranqüilidade, mas se queixava de dores na região vaginal. Respondeu algumas perguntas da médica e mostrou alguns exames do pré-natal realizados, principalmente ecografias.

Estávamos eu, as duas obstetras e a gestante na sala de consulta. A médica me indicou para ficar no canto esquerdo, próximo ao biombo que dividia a sala ao meio, entre a mesa de consulta e a maca para exames (Figura 4). Nesta posição poderia observar tanto a mesa de consulta quanto à maca. O biombo limitava o campo visual entre a mesa e a maca. A médica disse para a gestante “Você venha aqui na maca”. A médica fez um gesto em minha direção apontando o dedo para uma região ao lado da mesa de consulta próximo a porta “E você venha pra cá”. Desse ponto não dava para observar a maca onde eram realizados os exames

físicos, devido ao biombo. Os exames foram realizados pela médica que informava os resultados para outra obstetra que os registrava. Após o término do exame físico a gestante vestiu suas roupas e retornou para a mesa de consulta. Nesse momento a médica obstetra comunicou o diagnóstico para a gestante dizendo que não havia nada de errado com sua gravidez. Explicou todos procedimentos realizados e perguntou para a gestante se ela havia tido atividade sexual recentemente. A gestante respondeu que não. A médica aconselhou à gestante a continuar tratando de sua alergia na região da vagina, que já fora diagnosticada anteriormente pelo médico do pré-natal.

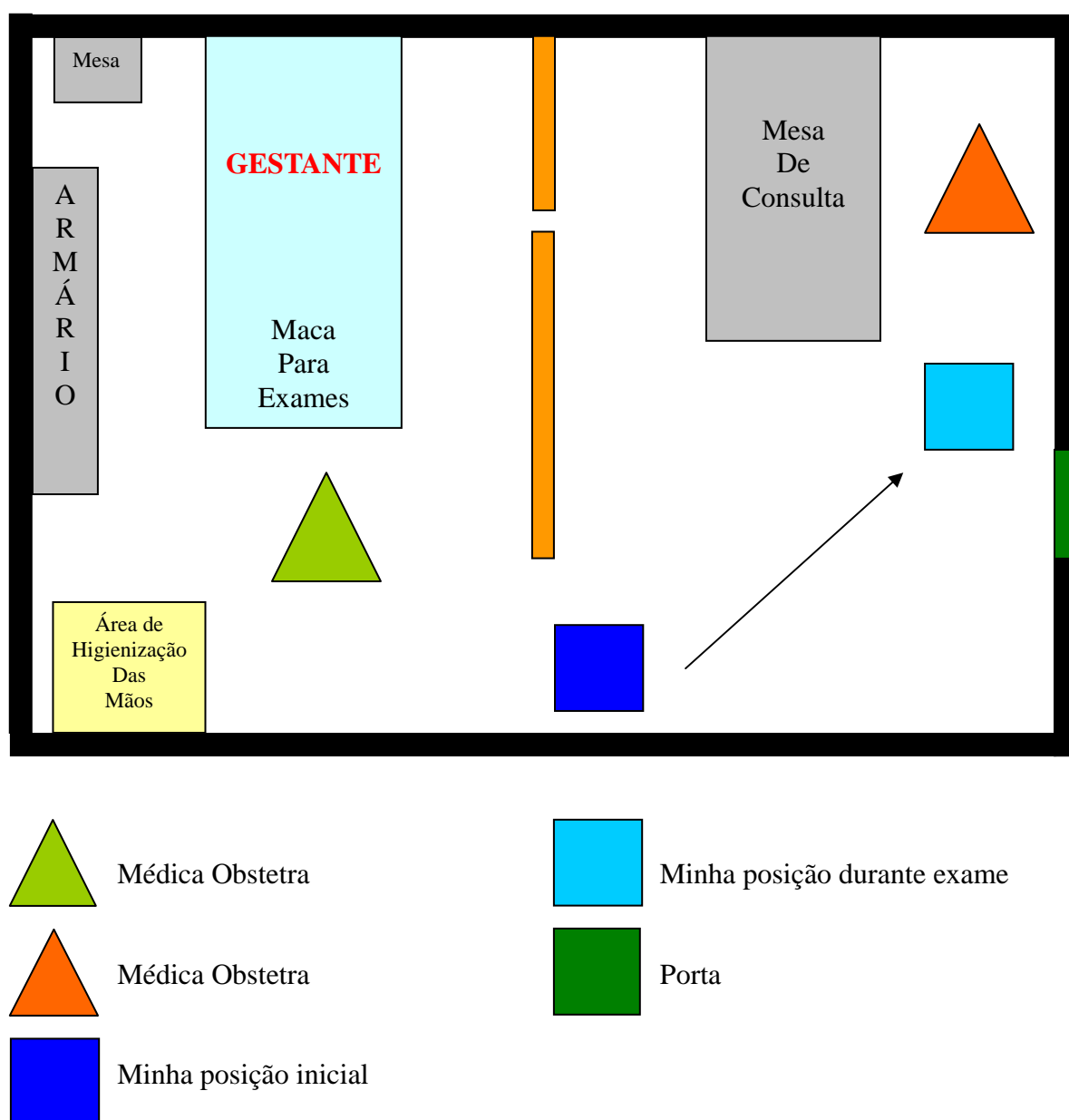


Figura 4: Sala de Consultas do Ambulatório.

Nesta situação, havia uma preocupação da médica em realizar os exames com a minha presença. Até certo ponto pude presenciar a consulta tranquilamente, mas em relação aos procedimentos que envolvia a nudez da gestante, não pude presenciar, mas sabia que se tratava do exame de toque vaginal e palpação na região abdominal. Não insisti, respeitei a decisão da médica e fiquei ao lado da porta conversando com a outra médica que se encontrava na sala. Estava claro que o que orientava a decisão, me apontando onde eu deveria ficar, eram questões referentes a uma possível manifestação de pudor por parte da gestante.

Percebo que foi correta minha decisão de não revelar os objetivos específicos de minha pesquisa (realizar um estudo sobre as manifestações de pudor na clínica obstétrica). Assim os sujeitos observados agiam mais livremente e as situações de pudor se apresentavam sem que eles soubessem por que e o que eu estava observando e tomassem precaução para que as situações de manifestação do pudor fossem evitadas ou manipuladas.

A segunda gestante a entrar na sala aparentava estar no final da gestação. Ao contrário da anterior esta estava nitidamente nervosa e trêmula. A médica realizou os mesmos procedimentos anteriores, apesar da gestante não ter em mãos os exames do pré-natal. A gestante entrou com uma acompanhante, provavelmente sua mãe. As duas disseram que o tempo de gestação era de trinta semanas ou mais. Depois de algumas avaliações sobre os sintomas clínicos a gestante foi encaminhada para a maca onde seria realizado o exame físico. Foi solicitado pelas médicas para a acompanhante sair da sala. A médica que acompanhava a consulta parecia incomodada pelo fato da gestante não ter em mãos as ecografias e também em relação a uma possível ausência no pré-natal. Depois da realização do exame físico e às fortes contrações as duas obstetras resolveram encaminhar a gestante para internamento. No momento em que a uma delas realizava o exame físico na gestante ela foi auxiliada por uma das técnicas de enfermagem do setor. Agora a técnica de enfermagem estava ajudando a gestante a por a camisola do hospital e também a descer da maca.

Esta consulta apresentou alguns pontos interessantes se comparada à consulta anterior. Primeiro, se tratava de uma gestante num grau de gestação avançado, sentido dores que poderiam ser indícios de parto próximo. Segundo, a gestante não trouxe as ecografias, o que deixou a equipe médica apreensiva, pois estes exames se constituem numa fonte importante para avaliar o estado da gestação com um nível maior de precisão e previsão de tempo para o término da gestação. Terceiro, a gestante estava acompanhada e, mesmo sendo a mãe a acompanhante, esta não pode presenciar a consulta. Não saberia dizer por que não era permitida a presença de acompanhante durante a consulta, mas se tratava de protocolo da equipe médica. Não havia a possibilidade de negociar a presença da acompanhante durante a

consulta e nem durante a internação, as normas do hospital não permitem a presença de estranhos e nem de parentes. Parentes e amigos, assim como pai do recém-nascido, somente podem permanecer com a paciente nos horários determinados pelo hospital.

3.3 O Pudor no Centro Cirúrgico Obstétrico

O antropólogo tem usualmente uma vantagem epistemológica sobre o nativo. O discurso do primeiro não se acha situado no mesmo plano que o discurso do segundo: o sentido que o antropólogo estabelece depende do sentido nativo, mas é ele quem detém o sentido desse sentido — ele quem explica e interpreta, traduz e introduz, textualiza e contextualiza, justifica e significa esse sentido. A matriz relacional do discurso antropológico é hilemórfica: o sentido do antropólogo é forma; o do nativo, matéria. O discurso do nativo não detém o sentido de seu próprio sentido. De fato, como diria Geertz, somos todos nativos; mas de direito, uns sempre são mais nativos que outros (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 115).

Trataremos agora de discutir determinados fatos que se apresentaram como elementos fundamentais de interpretação de questões que envolveram o pudor e seus desdobramentos, sendo a própria posição do pesquisador um dos elementos constitutivos da análise. Acrescento que os processos interpretativos de análise desses fatos se configuraram como tentativa de relacionar a perspectiva do observador, no contexto de interação dos sujeitos durante o processo de ação, com a perspectiva de “situação da ação”, ou seja, onde, como e em que circunstâncias se deu a ação. Nesta perspectiva são importantes e fundamentais as contribuições de Goffman (2009, 1974), Becker (2008) e Foote-Whythe (1980), pois tomam o contexto no qual os sujeitos agem e estão inseridos, como o elemento constituinte da interação. Sem esta consideração não há análise sociológica possível. Também acrescentaríamos os trabalhos que discutem o papel do pesquisador no campo, entre eles os de Wacquant (2002) e Cicourel (1980), assim como as contribuições de Viveiros de Castro (2002) e Da Matta (1978).

O essencial é que o discurso do antropólogo (o ‘observador’) estabeleça certa relação com o discurso do nativo (o ‘observado’). Essa relação é uma relação de sentido, ou, como se diz quando o primeiro discurso pretende à Ciência, uma relação de conhecimento. Mas o conhecimento antropológico é imediatamente uma relação social, pois é o efeito das relações que constituem reciprocamente o sujeito que conhece e o sujeito que ele conhece, e a causa de uma transformação (toda relação é uma transformação) na constituição relacional de ambos (VIVEIROS DE CASTRO, 2002, p. 113-114).

Com o decorrer da pesquisa a análise sobre o objeto de estudo se apresentou da seguinte forma:

Primeiro a interação dos sujeitos (incluído o pesquisador). Em determinadas situações as interações eram entendidas como forma de representação de preceitos sociais ou morais dentro da instituição hospitalar. Questões como a auto-representação do corpo ou do “*Self*” dos sujeitos estavam referenciadas a normas institucionais. Esta referencia era tomada como elemento de legitimação da manipulação e da visualização do corpo da gestante. Alguns interditos em relação à minha presença foram levantados após negociações, mediadas pela autorização expressa das gestantes (acompanhamento de consultas e partos).

Segundo, cada processo de interação em ambiente hospitalar apresentava variadas formas de representação dos sujeitos. A situação em que a interação se desenvolvia fornecia a dinâmica da representação. A representação variava de acordo com os sujeitos que participavam de cada uma delas. Ou seja, a interação entre os sujeitos da equipe médica, por exemplo, com as gestantes eram fundamentalmente diferentes das interações dos enfermeiros. Da mesma forma as relações entre enfermeiros e técnicos de enfermagem diferenciavam da relação entre médicos e técnicos. Também as interações entre sujeitos de cada segmentos profissional com seus colegas de profissão (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) possuía marcas muito específicas. Sujeitos de um mesmo segmento profissional mantinham um mesmo tipo de interação com as gestantes. A observação dessas particularidades nas interações me leva a estabelecer a conclusão que cada segmento profissional considera a gestante a partir da forma como toma para si os elementos da situação e os interpreta a partir da compreensão que possui das normas institucionais. E mais, sua posição no interior do hospital, das práticas hospitalares e aos demais indivíduos, sejam eles colegas de trabalho ou gestantes, é fundamental para a compreensão das formas de interação. Assim, a compreensão da situação e a posição dos sujeitos em relação às normas e prescrições institucionais – do hospital e do saber em questão – são diretrizes que orientam os sujeitos em sua representação de si e do outro nas interações. Precisamos considerar também para a compreensão das interações a condição da gestante, que está submetida à expectativa do parto e suas vicissitudes, e destituída do domínio do que acontece consigo e à sua volta. Isto nos permite afirmar que a gestante vive uma condição de insegurança em relação à situação.

Um dos exemplos de contextos situacionais específicos relacionados ao objeto de pesquisa se apresentou em minha primeira tentativa de iniciar o trabalho de campo no Centro

Cirúrgico Obstétrico. Pude perceber que para determinadas situações a questões do pudor já se apresentava de forma antecipada ao próprio contexto da ação. Neste caso, o pudor já estava incorporado pelos sujeitos por meio de preceitos morais subjacentes, anteriores a própria situação. O pudor se apresentava como um dado a priori da interação.

Chegando ao Alojamento Conjunto encontrei-me com a enfermeira e as técnicas de enfermagem, estavam fazendo anotações nos formulários clínicos das pacientes. Nesse momento resolvi conversar com a gerente de enfermagem a respeito da possibilidade de uma visita ao Centro Cirúrgico Obstétrico, pois já conhecia quase todos os setores do hospital.

Por ser uma área restrita de circulação, não havia conhecido ainda a rotina de trabalho do Centro. A enfermeira consentiu com a realização de visitas e pediu que agendasse com a enfermeira do Centro. No mesmo dia iria iniciar as visitas.

Entrei na pequena sala intermediária destinada aos pacientes, fui recebido por uma técnica de enfermagem e pela enfermeira do Centro. Na conversa a enfermeira mencionou um assunto que me deixou surpreso e perplexo. Segundo a enfermeira durante minhas visitas ao Centro Cirúrgico eu não poderia visitar a área onde se realizam os partos. Perguntei qual era o motivo da interdição: “aqui no Centro Cirúrgico quem trabalha são mulheres, do sexo masculino são apenas alguns médicos, e as gestantes se sentem muito desconfortáveis, devido a toda aquela situação de parto (...), a exposição, com a presença de homens”. Neste momento argumentei que seria importante acompanhar a realização do parto para a pesquisa. Comentei que até gostaria de realizar o curso de “acompanhante de parto” (nesse momento do trabalho eu realmente achava que esse curso seria importante para a pesquisa). A enfermeira me disse que para fazer o acompanhamento eu precisaria da autorização prévia da gestante e de seu acompanhante. Respondi que concordava e que pediria autorização.

Depois de algum tempo pensei porque este interdito em relação a mim, pois se o problema se devia ao fato de eu ser homem, por que isto não se colocava em relação aos médicos-obstetras, pediatras, cirurgiões e anestesistas? E também aos enfermeiros? Em duas ocasiões que estive visitando o hospital um enfermeiro do Pronto Atendimento havia sido encarregado de cobrir o plantão de uma enfermeira que não pode comparecer ao trabalho no Centro.

Neste exemplo, evidencia-se que de alguma forma os funcionários da equipe de saúde possuem legitimidade em presenciar situações que envolvam o trabalho de parto e procedimentos cirúrgicos, independente do sexo. Neste caso, a interdição posta pela enfermeira em relação minha presença no Centro, deve-se ao fato de eu não pertencer à equipe de saúde do hospital. E, portanto, não estar sujeito às normas institucionais e ao saber

médico. Neste sentido, ao que tudo indica, a instituição confere poder à equipe de saúde para estabelecer os critérios de presença dentro da própria instituição. Poder este que para se concretizar, nas situações apresentadas, se utiliza do respeito ao paciente.

Para justificar a interdição a enfermeira se utilizou de um argumento moral, baseado num atributo de diferenciação (sexo masculino). Não se trata de negar a posição da enfermeira em relação à presença de um homem na hora do parto, nem do “constrangimento” ou do “desconforto” para as gestantes, mas de questionar a validade da diferença sexual como fundamento da interdição. O que me parece mais importante é que o constrangimento, desconforto, são forma de manifestação do pudor, ao mesmo tempo em que se fala dele na medida em que muitas vezes o pudor está relaciona à nudez e a exposição do corpo. Nesta perspectiva, o pudor envolve a diferença sexual e se manifesta em graus mais ou menos elevados, de acordo com a internalização pelos sujeitos, de preceitos morais que se fundamentam e valorizam esta diferença. No entanto, a diferença não se aplica aos médicos e enfermeiros. Em que medida não circula no interior do hospital uma representação do corpo dos médicos e enfermeiros (tanto homens quanto mulheres) como corpo dessexualizado, ou corpo que não porta, na relação com o outro, a diferença sexual?

O conhecimento e o poder médicos exercidos no hospital tomam a diferença sexual como elemento descartado das relações entre médicos, enfermeiros e pacientes. Este descarte é útil para a prática da medicina, principalmente quando se está trata de procedimentos clínicos invasivos. Este é o caso por excelência, da obstetrícia: exames ultra-sonográficos intra-vaginais, toque e realização do parto são alguns exemplos que ilustram a discussão. Nenhum procedimento deixa de ser realizado na clínica obstétrica, pelo fato de médicos e enfermeiros serem do sexo masculino e as pacientes serem mulheres.

Consideremos, primeiramente, que a diferença sexual é frequentemente evocada como uma questão referente a diferenças materiais. A diferença sexual, entretanto, não é, nunca, uma função de diferenças materiais que não sejam de alguma forma, simultaneamente marcadas e formadas por práticas discursivas. Além disso, afirmar que diferenças sexuais são indissociáveis de uma demarcação discursiva, não é a mesma coisa que afirmar que o discurso causa a diferença sexual. A categoria do “sexo” é, desde o início, normativa: ela é aquilo que Foucault chamou de “ideal regulatório”, neste sentido, pois, o “sexo” não apenas funciona como uma norma, mas é parte de uma prática regulatória que produz os corpos que governa, isto é, toda força regulatória manifesta-se como uma espécie de poder produtivo, o poder de produzir – demarcar, fazer, regular, circular, diferenciar – os corpos que ela controla. Assim, o sexo é um ideal regulatório cuja materialização é imposta: esta materialização ocorre (ou deixa de ocorrer) através de certas práticas altamente reguladas (BUTLER, p. 153-154).

Considerando o que afirmamos anteriormente e o que nos diz Buttler, podemos pensar as seguintes questões:

- a) na concepção da equipe de saúde a presença dessa equipe no campo de atuação, seja em exames, visitas, diagnóstico, observação, procedimentos cirúrgicos e o parto, aparece legitimada pelas normas institucionais e o saber médico;
- b) apesar de eu ter formação na área de saúde e estar realizando uma pesquisa no hospital, há certos limites para minha presença em determinados setores, porque não pertença à equipe e, portanto não tenho legitimidade
- c) as duas equipes de saúde (médicos e enfermeiros), mesmo sendo compostas por homens e mulheres estão legitimados para desempenhar suas funções junto às gestantes;
- d) no Centro Cirúrgico Obstétrico as relações entre a equipe de saúde e as gestantes se constitui sempre mediada pelo corpo da gestante enquanto objeto constante da intervenção. A obstetrícia é uma das especialidade médicas em que a manipulação e a invasão do corpo é mais acentuada;
- e) neste caso a negociação sobre a presença de um estranho no Centro se fez a partir da invocação pela enfermeira da diferença sexual. Na medida em que este argumento pode ser questionado, se mobilizam argumentos burocráticos e protocolares. A presença só pode ser efetivada na medida em que a concordância da gestante está prevista no protocolo e se põe soberana sobre os demais aspectos. \

Por outro lado convém observar que a interdição não é uma regra de ferro, pois por dois dias consecutivos pude entrar e sair do Centro, nestes dias, porém a enfermeira que colocou a interdição não estava de plantão. Em outra ocasião, quando havia uma paciente em trabalho de parto, não pude continuar o trabalho de campo, cheguei a entrar, mas depois de algum tempo a enfermeira me disse que eu deveria sair, pois ela não poderia ficar no CCO “me acompanhando” devido a outro compromisso no hospital. Segundo a enfermeira eu iria apenas realizar “uma visita” setor e não acompanhar um parto. A enfermeira também questionou o fato de não ter em mãos uma autorização da paciente. Sai do Centro até mesmo por que já havia acompanhado alguns partos em outros plantões. Isto prova que as normas institucionais não são observadas por todos com o mesmo rigor. Tanto que em outros plantões não tive nenhum problema em acompanhar a rotina de trabalho no CCO. As outras enfermeiras que intercalavam os plantões no período diurno, não impuseram nenhuma restrição a minha presença, apenas exigiram o uso de roupas do centro cirúrgico e acessórios

como máscara, touca e calçados.

Em outra situação acompanhando uma paciente no CCO (acompanhamento este descrito neste capítulo), o trabalho de parto se estendeu ao plantão seguinte. Neste dia quem estava encarregada do CCO era a mesma enfermeira que me havia proibido anteriormente de acompanhar partos. Mostrei-lhe o consentimento escrito que havia conseguido com a gestante e a enfermeira observou que devia ser posto no prontuário da gestante.

Segundo a enfermeira era importante manter a declaração no prontuário da gestante como “proteção”, caso ela se queixasse do fato de ter sido acompanhada por um estranho durante o parto; era “minha proteção” e “proteção do hospital”. Esta fala deixou claro o motivo da preocupação com minha presença no centro cirúrgico. Nas outras situações em que estive no CCO a preocupação da equipe era com uso da vestimenta de proteção.

Com interdição ou sem interdição, minha presença no Centro, bem como a da equipe não estavam protegidas de manifestações de pudor, o que obviamente nenhum contrato ou consentimento é capaz de assegurar. O consentimento por escrito serve somente para fins técnicos e resguarda a equipe e o hospital de possíveis queixas da gestante. Mais uma vez o que parece estar em jogo não é necessariamente a ética nos procedimentos ao não expor a gestante ao olhar de estranhos, a visualização ou não do corpo, e sim garantir mecanismos de “regulamentação” do corpo e seus sentimentos; uma visão controladora da exposição do corpo legitimadas por um discurso que se julga ético. Neste caso, como em toda prática médica, nos aproximamos muito do que Peter Sloterdijk (2011) crítica como sendo a “razão cínica” por traz da máscara de humanismo. Esta mesma consideração já havia sido feita por Becker (1974).

O Centro Cirúrgico Obstétrico (CCO) apresenta certas peculiaridades em relação a outros setores do hospital, assim como se constituiu no setor mais emocionante para o trabalho de campo. As ações ali se apresentam de forma mais dinâmica, com muitos detalhes. Os procedimentos clínicos complexos contem certo grau de flexibilidade e, em alguns casos, de imprevisibilidade. Mas isto não anula a presença de elementos ritualísticos nos processos que se desenvolvem no CCO. Segue-se uma rotina própria e diferenciada por ser uma “área restrita”, de circulação controlada²¹ e por manter o máximo de cuidados em relação à

²¹ A área de circulação no Centro Cirúrgico pode ser subdividida em três áreas: “**não-restrita**” (local de acesso dos profissionais que atuam no centro cirúrgico, como vestiários, raio-X, sala de anatomia patológica, conforto de equipes multiprofissionais e recepção interna); área “**semi-restrita**” (local de atendimento assistencial ao paciente no período pré-operatório e pós-operatório, a área de recuperação da anestesia, incluindo corredores e locais de guarda de materiais e equipamentos) e “**área restrita**” (local de guarda de material estéril e de atendimento ao paciente no período intra-operatória, a sala de cirurgia propriamente dita). Nesta área a circulação é permitida às equipes que trabalham, seja a equipe médica, de enfermagem (enfermeiro, técnico e

contaminação hospitalar.

O CCO é o local onde se realizam os partos, os procedimentos e as cirurgias mais complexas. Estes se caracterizam por situações de tensão tanto em relação aos procedimentos clínicos quanto em relação à carga emocional envolvida. A equipe médica é a mesma responsável por outros setores do hospital de acordo com cada especialidade. Por exemplo, a equipe médica obstetra é a mesma responsável pelas consultas ambulatoriais, assim como é responsável por prescrever e realizar a avaliação clínica das gestantes internadas. O médico pediatra além de prestar a primeira assistência ao recém-nascido durante o parto, também é responsável pelo setor de pediatria, assim como por prescrever e realizar avaliação clínica dos recém-nascidos. Já a equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico Obstétrico é responsável por apenas este setor. Neste momento a equipe de saúde é formada por dois médicos obstetras, um pediatra, um anestesiologista, uma enfermeira e quatro técnicas de enfermagem. A interdependência e a cooperação entre os membros da equipe são fundamentais para que os procedimentos clínicos transcorram de forma organizada, simétrica e com certo grau de previsibilidade.

Em meu primeiro dia de visita ao CCO, havia duas gestantes em trabalho de parto. No início percebi que elas estavam apenas um pouco agitadas devido às primeiras contrações. Passado mais algum tempo, uma das gestantes já emitia gemidos e gritos fortes que podiam ser ouvidos por todo o setor. Fiquei surpreso com os gritos e um pouco perturbado. Nesse momento a enfermeira comentou “aqui se ouve muito desses gritos, isso quer dizer que o momento do parto já está próximo”.

As técnicas de enfermagem também pareciam um pouco apreensivas ao ponto de tentarem confortar a gestante orientando-a sobre as dores no trabalho de parto “é assim mesmo, isso quer dizer que o parto está próximo”. Duas técnicas pareciam intrigadas com a intensidade dos gritos e comentaram entre elas “Já tinha orientado que essas dores iriam acontecer que ela sentiria fortes dores quando o parto estivesse chegando”, outra técnica comentou “tentamos conversar para acalmá-la, mas logo depois ela voltou a gritar”. “Ela me disse que estava com sono e queria dormir um pouco.” Até mesmo os funcionários que já estavam acostumados com a rotina de trabalho pareciam “incomodados” com a gritaria intensiva da gestante. A gestante não conseguia expressar outra coisa senão sua dor naquele instante: “Quero que nasça logo. Dói, dói, dói, dói, dói”.

No Centro Cirúrgico Obstétrico ocorrem situações muito diferentes das de outros

setores do hospital. Poderíamos dizer até que em outros setores as formas de experimentar o processo de internação se diferencia tanto pelos exames e procedimentos clínicos, quanto pelas relações que se estabelecem entre os sujeitos. No caso das gestantes o trabalho de parto se configura como uma das fases mais difíceis e dolorosas da internação. De alguma forma estas emoções são transmitidas para a equipe, que tenta sem muito sucesso acalmar as mulheres. Por nunca ter vivenciado uma realização de parto, muito provavelmente não esperava encontrar situação semelhante. Ao longo do tempo e do trabalho de campo neste setor estas situações já não me afetavam da mesma maneira que no primeiro dia. A cada visita fui me adaptando ao lamento das gestantes. Porém, como se dava com a equipe de saúde, era quase impossível não se preocupar com a situação das gestantes, principalmente pelas que passavam por dificuldades no trabalho de parto.

Ao Passar em frente à sala de Pré-Parto vi uma das gestantes deitada em seu leito nua da cintura pra baixo na posição ginecológica. Percebo que era a mesma gestante que gemia e gritava. Continuei por mais algum tempo observando a rotina e as situações de trabalho. Observo que a equipe médica realizava visitas periódicas a gestante e que as visitas aumentavam em frequência à medida que se aproximava o momento do parto. A médica obstetra começou a orientar a gestante para fazer força para que o parto seja finalmente realizado. “Vamos lá, menina! Faça força agora que já estamos quase lá”. A gestante dizia, “quero que nasça logo, não agüento mais. Vai demorar muito para nascer doutora?” “Só depende de você. Quanto mais força você fizer mais rápido será”.

Apesar de eu estar distante da entrada da sala de Pré-Parto, percebo que a gestante deitada na cama em posição ginecológica olha em minha direção. Ao lado dela se encontrava uma médica, sentada na cama, próxima a cintura da paciente. A médica acompanhava o trabalho de parto e a todo o momento dizia palavras de incentivos enquanto realizava os exames. As técnicas de enfermagem, com muita frequência, entravam e saíam da sala de Pré-Parto e não perdiam a oportunidade em dizer palavras de incentivos a paciente enquanto circulavam pela sala.

A gestante em trabalho de parto era representada por sua condição corporal. A cada momento que se aproximava a realização do parto, mais intensas e frequentes eram as contrações e conseqüentemente as dores e mais difícil era a respiração. A fadiga aumentava e principalmente a ansiedade em relação ao parto. Tanto as condições físicas quanto as condições psicológicas da gestante estavam envolvidas no parto de forma que não daria para estabelecer qualquer parâmetro ou medida para os fenômenos uma das ordens separadamente. A equipe de saúde nesse momento se preocupava por meio de palavras de incentivo em

acalmarem a paciente.

A equipe aguardava as respostas corporais da gestante (nível de dilatação) para finalmente, tomar a decisão de realizar o parto. A equipe conhecia de antemão o quanto o momento estava próximo, devido aos periódicos exames de toque vaginal. A questão que norteava este momento para a equipe era a de preparar tanto física quanto psicologicamente a paciente para essa situação. Por isso a insistência em pronunciar palavras de incentivos.

Fiquei observando toda movimentação da equipe e sentia-me desconfortável com a idéia de entrar na sala de Pré-Parto com toda correria, os gritos e a exposição da gestante. Por diversas vezes me lembrei da “restrição” que a enfermeira havia estabelecido para minha presença no setor. Percebo que as técnicas de enfermagem iniciam a preparação do material clínico para a realização do parto. Embora com vontade de entrar na sala titubiei ao lembrar as restrições que me foram impostas. Prefери a cautela.

Neste caso, além da cautela, era justamente o sentimento de pudor que eu experimentava. Sentimento este que de alguma forma já se constituía como parte do meu conjunto de sentimentos compartilhados, seja com a equipe, seja com as gestantes. O pudor se apresentava para mim, como delimitador da minha inserção em um determinado território e suas situações – dores intensas, choros, exposição, nudez, ansiedade, parto, etc. - Achava pouco conveniente em presenciar o parto sem participar da ação. Muito provavelmente este sentimento não era vivenciado pela equipe, por ter a seu favor as normas institucionais e uma função a cumprir. No entanto, a situação do trabalho de parto causava desconforto para a equipe de saúde e principalmente para as gestantes, era algo “horrível”, “dor insuportável” e que “não acaba nunca”.

Por *convenção* se modela determinados tipos de ação e também por *conversão* se restringe determinadas formas de atuação, mesmo quem infringe determinadas regras de convenção, o faz baseado nestas próprias regras ou as utiliza por algum tempo (GOFFMAN, 1988). É neste contexto que o pudor se apresenta (*embaraço* para Goffman) como um dos principais componente de regulamentação da conduta dos indivíduos, muito bem explicitado por Norbert Elias (1993, 1994). Além de tudo, em nossa sociedade, o olhar representa de alguma forma um componente íntimo da interação entre os sujeitos, um componente expressivo para atuar e representar no social.

O olhar toca o outro e este contato está longe de passar despercebido no imaginário social. A linguagem corrente o comprova: acariciamos, metralhamos, inspecionamos com o olhar, exercendo força sobre o olhar alheio. Ele pode ser penetrante, agudo, cortante, incisivo, cruel, indecente,

carinhoso, terno, meloso. O olhar transpassa e fixa a pessoa no lugar onde está [...] O olhar é poder sobre o outro, pois manifesta certa ascendência sobre sua identidade, causando-lhe um sentimento de não mais pertencer a si mesmo, de estar sob influência. Veremos como a crença no 'mau olhado' é uma forte cristalização social dessa impressão. No rosto do outro. O olhar encontra uma moral a preservar, uma intimidade a respeitar. O opróbrio é a sanção imposta àquele que menospreza a regra e altera as feições alheias de vergonha. [...] A interação, que repousa em nossas sociedades ocidentais sobre uma supressão ritualística do corpo, exige que o olhar não se detenha sobre nenhum ponto para que ninguém sinta o peso de sua insistência (LE BRETON, 2009, p. 215-216-217).

De repente, de uma hora pra outra, em movimentos rápidos uma das médicas obstetras fez um sinal para toda a equipe que “o momento chegou”. Observei à gestante caminhando com a ajuda de uma técnica de enfermagem até a sala de Parto Normal. Curioso perguntei a enfermeira se poderia assistir a realização do parto. A enfermeira respondeu que sim.

Fiquei observando a sala de Parto Normal. A enfermeira disse que eu poderia entrar e ficar ao lado da porta enquanto observava. Na sala a gestante se encontrava na mesa cirúrgica em posição ginecológica, as pernas cobertas por mantos ou campos cirúrgicos. O tórax coberto pela camisola. Devido à claridade da sala todo corpo da gestante ficava mais visível se comparado a sala de Pré-Parto.

Na sala de Parto Normal estavam presentes duas médicas obstetras, duas técnicas de enfermagem e uma médica pediatra. Eu e a enfermeira ficamos apenas observando a ação. A cena parecia quase à mesma da sala de Pré-Parto, com a equipe médica incentivando a gestante a fazer muita força com o objetivo de avançar na realização do parto e esta esforçando para a criança nascer.

O parto estava demorando apesar das palavras de incentivo e dos esforços da gestante. Pelos acontecimentos ficou claro que o parto normal estava se tornando difícil. A outra médica obstetra subiu em uma pequena escada e pôs-se a flexionar de cima para baixo a barriga da gestante, ao mesmo tempo em que pronunciava palavras de incentivos. Depois de muito esforço da equipe e da gestante e também depois de alguns exames com cardiotoco a médica obstetra, responsável por retirar a criança, solicitou um fórceps²².

A médica obstetra começou a introduzir o fórceps. Depois de algumas tentativas a médica faz sinal para a equipe a preparar uma cesariana de emergência. Nestas circunstâncias o que se iniciou foi uma verdadeira correria para modificar as estruturas clínicas (os materiais

²² Instrumento semelhante a uma tenaz. É utilizado na medicina obstetrícia para auxiliar a retirada de um feto por alguma razão em que a contração natural não é suficiente para o parto ou possa colocar em risco a vida da gestante e/ou do feto. Geralmente é usado quando o bebê é muito grande ou em casos de parto de risco.

e procedimentos) da sala que estava preparada para o parto normal.

Neste momento se destacou a técnica de enfermagem responsável pela preparação do material cirúrgico. Tudo deveria ser preparado o mais rápido possível. No começo parecia apenas a mudança de um parto normal para um parto cesáreo. No entanto, com o decorrer do tempo²³ os níveis de tensão começaram a ser mais evidentes.

As enfermeiras que até aquele momento não estavam envolvidas na realização do parto, passaram a ajudar a equipe na substituição do material clínico, para diminuir o tempo de preparação da sala para a cesariana. A técnica de enfermagem responsável pela sala trabalhava com muita agilidade na preparação e distribuição do material, além disso, como era de costume intercalava assuntos sobre procedimentos com comentários irreverentes. A gestante parecia calma se pronunciando apenas em duas ocasiões, nas quais perguntou qual era a situação do bebê: “Tá tudo bem com meu bebê?”. A médica respondeu: “Sim, está tudo bem! Por isso realizaremos a cesariana”.

O médico anestesista aparentava calma circulando pela sala sem chamar atenção. Observei que algumas técnicas de enfermagem começaram a posicionar a gestante de modo que ela ficasse sentada sobre a mesa de cirurgia. O médico anestesista disse para a gestante inclinar os ombros para frente o máximo que conseguisse de modo a deixar as costas curvadas. A equipe de enfermagem reforçava o pedido, isto era necessário para facilitar a aplicação da anestesia. Depois de uma ou duas tentativas o médico finalmente conseguiu aplicar a anestesia. Imediatamente a paciente foi deitada sobre a mesa. Neste momento a equipe médica com o auxílio das técnicas de enfermagem vestiam o avental cirúrgico e em seguida as luvas. As técnicas de enfermagem fazem o mesmo.

Muita movimentação, muita pressa e também muito controle emocional da equipe nesse momento. A pediatra alertava para tirarem uma das mesas que se encontrava próxima a porta: “Irei sair imediatamente por esse caminho com a criança, alguém poderia puxar esta mesa e colocá-la em outro lugar”. Fiquei impressionado com a rapidez na realização da cesariana. Logo depois da incisão as obstetras faziam muita força para retirar a criança. Finalmente conseguem retirá-la passando-a rapidamente para pediatra. Esta já esperava receber o recém-nascido, pois se posicionava ao lado da mesa cirúrgica com um longo campo cirúrgico sobre os braços. O recém-nascido não chorou, tinha a pele muito branca e levemente

²³ A questão da temporalidade descrita no caderno de campo muitas vezes não corresponde à temporalidade cronológica dos acontecimentos observados. Muitos acontecimentos descritos se sucederam em temporalidades diferenciadas, sendo que alguns desses fatos se sucederam em escala de tempo cronologicamente maiores, enquanto outros em escala de tempo cronologicamente menores, mesmo esta última escala apresentado maiores detalhes no processo de descrição. Nesta pesquisa a temporalidade se apresenta de uma forma relativa, sob a ótica de experiência vivida pelo observador.

roxa na região da face. A pediatra rapidamente leva o recém-nascido para a Sala do Recém Nascido.

Apesar de algumas dúvidas tive a impressão que o recém-nascido no momento em que saiu da barriga da mãe não respirava. Quando voltei para o corredor para observar de longe a “Sala do RN” a técnica de enfermagem que estava ao meu lado comentou que recém-nascido estava com frequência respiratória baixa. Coloquei-me na entrada do corredor e deste local presenciava ao mesmo tempo três cenas. Do lado direito, na sala de Parto as obstetras realizavam os procedimentos clínicos finais da cesariana. Do lado esquerdo, na sala de “Cirurgia 01” estava sendo realizada uma cirurgia de retirada de cisto de ovário, enquanto no final do corredor, na sala destinada ao recém-nascido a médica pediatra realizava os procedimentos clínicos necessários para a “normalização” respiratória do bebê. Já na sala de Parto a mãe apresentava certa preocupação com seu bebê, sendo ao mesmo tempo tranqüilizada pelas obstetras. Para felicidade de todos, e principalmente da mãe, o recém-nascido soltou um forte choro. Na sala de Parto as obstetras tranqüilizavam a mãe: “Olha lá tá chorando seu bebê! Viu como está tudo bem com ele”. Logo depois a pediatra iniciou os procedimentos de rotina para o primeiro atendimento do recém-nascido, sendo auxiliada pela técnica de enfermagem.

Mesmo toda equipe de saúde tendo organizado e planejado os procedimentos clínicos para um possível parto normal, a previsibilidade não se deu e toda a equipe teve que se mobilizar para mudar o cenário e as condições da ação. Entraram em cena novos participantes, novos procedimentos, novo material, tudo em um espaço de tempo muito curto. Ou seja, diante da nova situação novo cenário e também nova ação. Apesar da situação nova, o conhecimento e habilidade técnica garantiram que o parto fosse realizado da maneira mais eficiente e com o melhor resultado possível. O controle emocional da equipe foi muito importante nesse momento, pois a urgência exigia perícia e técnica. Mesmo sendo uma situação imprevisível, o cálculo e a re-configuração do diagnóstico não eram latentes eram apenas possibilidade. Foi formulada e reformulada de acordo com as circunstâncias, uma espécie de re-configuração da situação clínica. Isto se deve à perícia da equipe médica e de enfermagem, que no momento exato souberam responder a tempo a necessidade de se realizar um parto cesáreo de emergência.

Devido à situação de emergência o pudor não passava para o nível de consciência, ficando num plano secundário. Nas entrevistas com as mães suas queixas sobre o pudor relacionado ao parto, algumas delas informam que a dor ocasionada pela realização do parto era maior do que qualquer outro sentimento, e o pudor não era naquele momento sua principal

preocupação.

A tarefa de escrever no diário de campo consistia muitas vezes num trabalho mais prolongado do que a simples observação. Muitas vezes escrevia situações que já tinham ocorrido há alguns dias, mas que só assumiam importância para a análise em conjunto com outras situações. No entanto, mesmo quando aparentemente nada parecia ocorrer de alguma forma algo estava acontecendo. E muitas anotações que no momento da ação pareciam irrelevantes, por não adquirirem formas ritualísticas convencionais, no conjunto das interações remetiam a significados novos no contexto de análise. Como já mencionado estas observações precisavam de um leque de outras informações para serem assimiladas e muitas vezes eram descritas no caderno de campo dias após os acontecimentos.

O esforço neste sentido era de ter a sensibilidade necessária para captar estas nuances, uma forma de treinar o olhar sociológico, muitas vezes viciado em esquemas teóricos ou pré-concebidos sobre o objeto. No entanto, como proposto por Howard Becker (2008) procurei conciliar o olhar sociológico com a descrição detalhada dos fatos observados, mesmo que muitos detalhes não possuam muita relevância para a ação, fizeram parte dela. O resultado foi um conjunto detalhado de informações sobre a rotina hospitalar com situações as mais variadas. Muito do que era descrito no caderno de campo já continha elementos de referência para a análise. Talvez meu maior desejo fosse que os próprios dados já contivessem a análise sociológica, mas talvez tenha faltado um pouco mais de experiência de trabalho de campo aliada a uma melhor prática em redação. No caso, até mesmo meu desconhecimento era evidente em algumas situações. Quando da observação do parto levei algum tempo para perceber a gravidade da situação mesmo sendo enfermeiro. Neste sentido me coloquei num plano próximo ao da gestante que preocupada com o bebê, parecia não perceber que o parto previsto para ser normal estava se encaminhando para uma cesárea de emergência.

Voltei ao posto de enfermagem e ouvi diversos comentários sobre a cesárea de emergência. Em um desses comentários a obstetra olhou em minha direção e comentou em tom de brincadeira dizendo que era “minha a culpa” por todo o trabalho que tiveram. Até aquele momento, nunca ocorreu um parto normal tão difícil que acabou sendo mudado para uma cesárea de emergência, justamente no dia em que fui acompanhar o parto aconteceu o imprevisto. Apesar ter sido meu primeiro dia de visita ao setor, minha presença já entrava na situação de interação e num certo sentido mesmo que em tom de brincadeira, no contexto da ação.

A mesma médica algumas horas antes da realização desse parto, reclamou junto aos outros funcionários do hospital por não ter liberado a entrada de uma visita, mãe de uma

gestante, calçando sandálias. A mulher teve que voltar para casa e não pode visitar a filha. Isso deixou a médica revoltada. Mas no contexto da pesquisa o mais interessante foi o que a mesma médica comentou em seguida: “e você [apontando em minha direção] anote no seu caderno tudo que aconteceu. Tá bom?” Se referindo ao caso das sandálias.

3.4 O Pudor e o Exame de Ultra-Sonografia Transvaginal

O modelo do quadriculado, para que suscite utilidade e docilidade dos homens através do domínio da corporeidade, encontra no panoptismo sua figura ideal e podendo, no limite, fazer economia da presença dos indivíduos encarregados de cuidar do bom andamento do dispositivo. 'Aquele que esta submetido ao campo de visibilidade e que sabe disso, escreve Foucault, retoma para si as imposições do poder; inscreve em si a relação de poder na qual mantém os dois papéis; torna-se príncipe da própria sujeição' (LE BRETON, 2010, p. 81).

Compreendendo que a ação é também interação entre sujeitos e que a interação aponta para a interdependência em relação ao outro e sua condição de “ser afetado”, este fato se apresenta com maiores significados por aquilo que constitui a forma mais íntima de relação entre sujeitos. O corpo e a condição de corporeidade à medida que são afetados pela interação, expressam sentimentos. A dinâmica das emoções se constrói por meio da interação, ter um corpo é marcar sua “posição de sujeito” num determinado “cenário”, e a expressão dos sentimentos representa a interlocução do corpo em uma determinada “situação social” (GOFFMAN, 2009). Neste sentido, muitas vezes é a “situação” que estabelece os elementos constituintes da expressão dos sentimentos.

A configuração dos sentidos, a tonalidade e contorno de seu desenvolvimento são de natureza não somente fisiológica, mas também social. A cada instante decodificamos sensorialmente o mundo transformando-o em informações visuais, auditivas, olfativas, táteis ou gustativas. Assim, certos sinais corporais escapam totalmente ao controle da vontade ou da consciência do ator, mas nem por isso perdem sua dimensão social e cultural (LE BRETON, 2010, p. 55).

Determinados tipos de “situação” direcionam ou reduzem determinadas formas de agir e representar no social. O campo de ação onde ocorrem as interações representam o cenário ideal para apresentação, expressão dos sentimentos e negociação da fachada. Pois, o “*Self*” dos sujeitos se direcionam e se modelam por expressões transmitidas e reconhecidas por meio

da interação social. Isto se deve a uma espécie de articulação das expressões corporais, pela fala, gestos, olhares, sons, odores, etc. Representando, num campo simbólico de sentidos transmitidos, o arcabouço significativo de construção do contexto da ação, aquilo que confere significação aos participantes da interação. Cada sujeito projeta por meio do corpo sua visão da situação, mas há diferentes situações para diferentes olhares, e vice-versa. Neste sentido, o “*Self*” dos sujeitos em ação nunca é estático e permanente, o “*Self*” se modela e se constrói constantemente nos diversos cenários, interações e situações específicas. Esta condição de relacionar-se constantemente com o outro e com as coisas, esse conjunto de significações compartilhadas por meio dos sentimentos, produz e reproduz o que poderíamos denominar de processo da vida íntima mais próxima dos sujeitos – suas representações expressas por meio do corpo e dos sentimentos adquiridos, negociados, transmitidos e revelados (GOFFMAN, 2009).

Chegando ao Alojamento Conjunto procurei observar no grande painel de pacientes o número do quarto (que é o mesmo número do prontuário) de uma das puérperas que havia acompanhado no parto. Observei no Painel que a mulher se encontrava em jejum após o almoço. Perguntei a uma das técnicas de enfermagem porque o jejum. A técnica respondeu que a mulher ia realizar exames. Olhei para o prontuário e observei o exame de ecografia assinalado. Em um dos exames médicos havia a inscrição da sigla USG transvaginal (Ultrasonografia Transvaginal²⁴). Fui até a enfermaria onde se encontrava a paciente e conversei por algum tempo com ela e o marido.

No posto de enfermagem encontra-se o médico responsável pelas cirurgias obstétricas e ecografias. O médico realizaria naquela tarde duas cirurgias. O médico parecia muito dinâmico, se movimentava de forma rápida e enérgica. Neste momento dirigiu-se a sala de ecografia. No momento que chegou lembro-me de estar escrevendo no caderno de campo dentro da sala de ecografia. Perguntou-me se eu estava com a equipe, respondi confirmando, mas realizando uma pesquisa – acrescentei. O médico saiu da sala e começou a conversar com as técnicas de enfermagem no posto. Em algum momento ouvi o médico dizendo para as técnicas que já podiam encaminhar a paciente até o Centro Cirúrgico Obstétrico, pois iria realizar a histerectomia²⁵.

²⁴ É um exame médico usado para reproduzir a imagem de órgãos internos, tecidos, rede vascular e fluxo sanguíneo. Um transdutor transmite ondas sonoras até a região a ser visualizada e esta as reflete. As ondas refletidas são transformadas em imagens bi ou tridimensionais, visualizadas no monitor do computador e estas imagens são gravadas. O transdutor (envolto por um preservativo) é introduzido dentro da vagina, para visualização dos ovários, útero, trompas e endométrio. Pode detectar mioma e câncer, assim como em caso de gestação pode ser útil para detecção e acompanhamento da gestação.

²⁵ A histerectomia é uma operação cirúrgica da área ginecológica que consiste na retirada do útero. A

Depois de algum tempo perguntei a enfermeira se era o mesmo médico que iria realizar as ecografias, a enfermeira confirmou. Quando o médico chegou às salas de ecografia conversei sobre os exames, mas não foi fácil. Expliquei o que faço no hospital e que estava acompanhado a paciente desde sua internação para o parto e pedi para acompanhá-la na ecografia. O médico concordou, desde que a paciente não se incomodasse. Comentei que a paciente havia realizado uma curetagem e por isso faria o exame. O médico imediatamente respondeu “Ah, então não é gestante. Então é ultra-sonografia transvaginal. Ela é puérpera”.

Durante a ação os sujeitos além de desempenharem suas atividades, procuram a todo o momento obter informações, tanto a respeito do contexto da ação quanto em relação aos participantes. O quadro de referência é estabelecido por meio da própria ação, onde a comunicabilidade e a própria presença dos sujeitos são fundamentais para a interpretação da ação. Obviamente toda ação tem seu referencial cultural que a impulsiona em relação ao contexto histórico determinado, mais precisamente a um conjunto de ações que se relacionam com um conjunto de relações ordenadas por um longo processo de socialização, aprendizagem e interdependência. Como demonstra Elias (1993) as atitudes e os sentimentos dos sujeitos do ocidente são modelados e remodelados por uma longa rede de interdependência construída durante o processo civilizador. Neste sentido o corpo e os sentimentos também se apresentam de forma maleável aos processos sociais. No entanto, segundo o interacionismo simbólico esta “maleabilidade” se dá no momento presente da ação, de acordo com a situação – é neste momento que o sujeito desempenha sua condição corporal – o “*Self*” e seu potencial de representação.

Há, pois, possibilidades e riscos inerentes à co-presença corporal. Como estas eventualidades são muito reais, têm toda probabilidade de gerar técnicas de gestão social por toda parte: e como são estas mesmas eventualidades que são assim geridas, podemos esperar que a ordem da interação manifeste elementos muito semelhantes através das diferentes sociedades. Recordo-vos que é nas situações sociais que estas possibilidades e estes riscos se encontram e que vão ter seu efeito inicial. E são as situações sociais que fornecem o teatro natural no qual todas as demonstrações corporais são desempenhadas e no qual todas as demonstrações corporais são lidas (GOFFMAN, 1999, p. 200).

Enquanto o médico preparava o campo da ação intercalando conversas com a equipe e com a paciente, obtinha informações sobre a situação clínica de cada paciente e projetava

histerectomia pode ser total, quando se retira o corpo, fundos e colo do útero. Ou subtotal, quando só o corpo do útero é retirado, deixando o coto do útero.

novas ações. A técnica de enfermagem se concentrava em preparar a sala de ecografia, “cenário” onde ocorreria a interação, tendo em vista conciliar a presença do médico e da paciente durante o exame. Eu, por minha vez, procurei tanto obter informações sobre os exames e as pacientes, quanto penetrar no espaço de atuação desses sujeitos. A princípio, cada sujeito, de forma particular, mostrava algum conhecimento do desenvolvimento da ação (o exame). No caso do médico, por conhecer em detalhes o exame e os procedimentos que seriam realizados, antecipadamente e num grau de previsibilidade maior, estabeleceu conexão entre os procedimentos que seriam realizados, a minha presença e uma possível “pré-disposição ao sentimento de pudor” que a ação poderia desenvolver nos participantes do cenário – mais precisamente à puérpera.

O médico levou em consideração um sentimento compartilhado sobre uma possível manifestação de pudor do “outro” – o que chamaremos de relação de alteridade. A noção de “predisposição ao pudor” por parte das pacientes aparece para equipe com certa previsibilidade, tanto pela paciente quanto pelo médico e o restante da equipe nestas situações. A alteridade se efetiva nas manifestações de pudor porque nelas há o reconhecimento “do outro”. Sendo assim, o pudor se configura como um sentimento compartilhado e incorporado entre os sujeitos que participam da situação. Como já referenciado, poderíamos dizer que determinadas “situações sociais” são mais propensas em estabelecer certas formas de sentimento de pudor, vergonha ou embaraço. O sentimento se apresenta durante a interação e pode estar propenso a certo grau de previsibilidade por parte dos sujeitos participante da ação (médico e equipe) ou serem tomados de surpresa (paciente). Para o médico e o restante da equipe a previsibilidade não dá conta de tornar um sentimento banalizado, sua principal característica é sempre o poder de surpreender uns e outros.

A previsibilidade, muito mais do que tornar o sujeito protegido dos efeitos do sentimento manifestado, serve para facilitar o reconhecimento de possíveis situações em que o pudor possa se manifestar. Assim, a previsibilidade permite o reconhecimento de situações em que possam levar às manifestações do pudor. Esta expectativa em relação ao pudor também estava presente quando a enfermeira impediu minha presença no Centro Cirúrgico Obstétrico, durante a realização de partos. Nos dois casos, o elemento comum que se apresenta na rotina ritualizada do trabalho na clínica hospitalar, e que está servindo de referencial de análise nesta pesquisa, é o risco de que minha presença no campo da ação, enquanto estranho à equipe e às mulheres, possa levar a manifestações de pudor. Neste caso, o pesquisador se apresenta como um elemento novo que por não fazer parte da equipe de trabalho do hospital, põem em funcionamento certos preceitos que até então a equipe médica

e de enfermagem não haviam estabelecidos para si mesmo (pois estão legitimadas), no sentido de acionar as normas institucionais diante de sujeitos que não fazem parte da equipe. Porém, minha presença no campo da ação, apesar das normas institucionais, foi sendo aceita. Ou seja, a negociação com a equipe e o discurso em nome da ciência (pesquisa) foram se sobrepondo a rigidez das normas. O que se busca limitar com as normas é a presença do estranho. Na concepção da equipe de saúde a presença dos membros da equipe no campo de ação aparece de alguma forma legitimada por suas ocupações, funções e rotinas de trabalho. Aqui já tratamos do poder médico a nível institucional. No entanto, o papel de pesquisador (estranho à equipe) também passa por níveis de legitimação, pois a presença deste de alguma forma é reconhecida (dentro de certos limites) como sendo uma presença que se legitima em nome da produção científica (instituição universitária).

O que parece estar em questão é que o sujeito, na figura do médico, enfermeiro ou pesquisador, ou na figura do homem e da mulher, estabelece para si próprio e para os demais, preceitos de como o pudor poderá se manifestar, tendo em vista o construto simbólico do corpo e/ou de situações que envolvem a relação de cada um desses participantes e suas fachadas sociais. Durante o processo de interação social o que difere nas relações com o corpo e os sentimentos é o grau de legitimação que cada participante possui para se apresentar e participar da ação. O discurso da equipe é um discurso referenciado à cultura institucional e se apresenta mais ou menos homogêneo. Discurso e sentimentos se põem como limitadores da presença e da ação.

A mulher puérpera que me permitiu que acompanhasse a ecografia foi levada para sala do exame. Ao entrar ela me reconheceu. Fechei a porta e fiquei ao lado da mesa do computador. A técnica ajudava a posicionar a mulher na maca. A todo o momento perguntava ao médico qual o próximo procedimento que deveria realizar, pois não tinha experiência com exames de ecografia. O médico enquanto escrevia no computador indicava a técnica que ela deveria por um lençol por sobre o corpo da mulher e pediu que flexionasse as pernas na posição ginecológica (Figura 5). “E onde ficam os pés? Fica nessa ponta da cama? Como abaixa isso”? pergunta a técnica. O médico olhou para trás e disse “Abaixe a parte de baixo da cama, você tem que deixar os pés da paciente bem na extremidade da cama”. Eu me encontrava sentado na cadeira ao lado da mesa do computador de frente para a maca. A técnica que se encontrava ao lado da maca, pergunta mais uma vez olhando pra baixo da cama “Ih, como é que abaixa esse troço”. O médico lhe disse que havia uma alça denteada para ser fixada logo abaixo e brinca com a técnica “Essa cama é meio Flintstone, não é como aquelas camas que você está acostumada na sala de cirurgia”. Depois de algumas risadas a técnica

continuou “Então, doutor”? - “Então, você tem que tirar a calça da paciente para eu fazer o exame, este exame é transvaginal”. A técnica responde surpresa “Ah, é pra tirar a calça”? E o médico de forma descontraída rebateu “Achei que você já tinha tirado a calça da paciente. Já era pra ela estar sem calça para fazer o exame!”. - “Ah, eu iria saber! Eu iria tirar a calça da menina com vocês dois aqui? Ainda mais com o Max. Se fosse só o doutor”. Comentei rindo “Que preconceito”. A mulher também comentou “Ih, ele? Quando eu estava em situações difíceis ele estava presente”. Fiquei contente com esse comentário porque me pareceu que a mulher estava de alguma forma me defendendo. Além do mais, ela se manifestou verbalmente pela primeira vez. A técnica continuou “Se eu já soubesse já tinha trazido a paciente pelada desde lá do quarto”. O médico sorrindo “pois é já devia ter trazido a paciente pelada e pronto! Já faríamos o exame”. Nesse momento a paciente respondeu - “Ah, se meu marido me visse saindo pelada para fazer os exames não deixaria não!”. A técnica de enfermagem tirou a calça da mulher por baixo do lençol, tomando cuidado para não expô-la. “Pronto doutor”.



Figura 5: Posição Ginecológica.

Por não conhecer a rotina do exame a técnica de enfermagem só retirou a calça da mulher após a solicitação do médico, afinal o protocolo do exame tinha que ser cumprido. A técnica tomou os cuidados necessários de não expor a paciente à nudez. O motivo estava claro, a presença de dois homens no cenário, o médico e o outro um estranho. Mesmo a mulher não tendo dificuldade em retirar a calça de pijama, esta função foi designada à técnica de enfermagem. Para a técnica a possibilidade de manifestação do pudor estaria referenciada a presença de dois homens na sala. O reconhecimento dessa possibilidade pela técnica se deve a um sentimento incorporado sobre a situação e também está ligado a diferenciação sexual e a forma como a moral a representa. A presença do médico, neste caso é necessária e está legitimada, mas isto não anula a possibilidade de o pudor se manifestar. Mesmo a diferença sexual permeando os sentimentos de pudor na clínica médica, isto não impede que o médico

realize os procedimentos necessários para um paciente. Independente dos atributos morais ou de diferença de sexo que se estabelecem em relação ao pudor, na clínica hospitalar, não se faz exame de ecografia transvaginal sem retirar a calça e sem um especialista, mas o segundo homem que só observa, pode ser dispensado.

Na fala da paciente, mesmo esta não sendo estimulada a opinar sobre sua própria situação, a manifestação de pudor ou vergonha não está descartada. Em relação à presença dos participantes no cenário a paciente aparentemente não esboçou qualquer reclamação. A palavra pudor ou vergonha em nenhuma vez foi pronunciada pela mulher durante o exame, apenas ressaltou a presença do pesquisador em outras “situações difíceis” - no caso o trabalho de parto. Podemos pensar que “situações difíceis”, possa se remeter ao pudor, mas não necessariamente. No entanto, quando o assunto girou em torno de ser encaminhada “pelada” desde o quarto até a sala de ecografia, a paciente recorreu à figura do marido. Neste caso, a paciente não reconheceria nesta possível situação (atravessar pelada o caminho do quarto até a sala de exames) a uma necessidade. E, portanto, deslegitima essa atitude. Lembrando que é o contexto, a situação, a forma como o corpo é tratado e manipulado, e não somente a nudez, que desperta o que chamamos de “constelação de sentimentos” que compõe a situação de pudor (vergonha, medo, constrangimento, ansiedade, indignação, etc). O pudor, neste caso, mesmo não sendo enunciado serviu como mecanismo de defesa (ou auto-defesa) para evitar que determinada situação ocorresse. Muitas vezes o sujeito se utiliza desse sentimento para proteger seu corpo da manipulação indesejada. Neste sentido, o sentimento de pudor aparece como objeto da interlocução entre os sujeitos para que se evita determinadas atitudes em relação ao corpo que possam colocar a mulher em situação de humilhação.

Neste sentido, é como se o pudor estabelecesse um limite para a observação e a intervenção no corpo. A manifestação do sentimento de pudor requer uma visão ou olhar direcionado ao sujeito, uma espécie de alteridade reflexiva. Por vezes o pudor pode aparecer como naturalizado na constituição do ser, ao passo que outras vezes estar nu ou ter seu corpo manipulado aparece como condição de inferioridade. Como podemos observar nas reflexões de Merleau-Ponty (1994) e Kant (2006):

Comumente o homem não mostra seu corpo e, quando o faz, é ora com temor, ora com a intenção de fascinar. Parece-lhe que o olhar estranho que percorre seu corpo rouba-o de si mesmo ou que, ao contrário, a exposição de seu corpo vai entregar-lhe ao outro sem defesa, e agora é o outro que será reduzido à escravidão. Portanto, o pudor e o despudor têm lugar em uma dialética do eu e do outro que é a do senhor e do escravo: enquanto tenho um corpo, sob o olhar do outro posso ser reduzido a objeto e não contar mais

para ele como pessoa, ou então, ao contrário, posso tornar-me seu senhor e por minha vez olhá-lo (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 230).

A natureza implantou sabiamente no homem a propensão a se deixar de bom grado enganar, quer para salvar a virtude, quer para conduzi-lo a ela. A boa e honrosa *decência* é uma aparência exterior que infunde respeito aos outros (não se fazer vulgar). Sem dúvida, a mulher não ficaria satisfeita se o sexo masculino não parecesse prestar homenagem a seus encantos. Mas a *pudicícia* (*pudicícia*), uma auto-coerção que oculta a paixão, é, como ilusão, muito salutar para produzir entre um e outro sexo a distância necessária para não rebaixar um a mero instrumento do gozo do outro. - Em geral, tudo o que se denomina *decoro* (*decorum*) é da mesma índole, a saber, nada mais que *bela aparência* (KANT, 2006, p. 51).

Mas a condição de inferioridade a que o pudor remete só se estabelece quando o sujeito se encontra envolvido por determinadas “redes” de regulação da conduta (a moral, por exemplo), que incorporam e intensificam este tipo de sentimento. O pudor não é um sentimento automático, pois são as condições, a situação, as interações, a maneira como o corpo se apresenta e é manipulado que determinam que o pudor enquanto “constelação de sentimentos” se manifeste. Na clínica hospitalar as normas se sobrepõem até certo grau aos sentimentos manifestos pelos sujeitos em condição de inferioridade. Os sentimentos – sua intensidade e grau de diferenciação – variam conforme as condições de apresentação dos sujeitos durante determinados procedimentos clínicos. A intimidade é negociada durante a interação, sua exposição varia de acordo com a “situação”. A expressão dos sentimentos – seja vergonha, humilhação, pudor ou medo – comunica ao outro a representação do “*Self*” (o Eu incorporado), associada ao corpo – como diria Boltanski (1989) o corpo ao mesmo tempo representa o componente simbólico mais íntimo dos sujeitos – o que aponta para a condição de desigualdade social entre sujeitos.

“... a vergonha do corpo (...) não é talvez senão a vergonha de classe: o corpo efetivamente é, do mesmo jeito que todos os outros objetos técnicos cuja posse marca o lugar do indivíduo na hierarquia das classes, pela sua cor (descorada ou bronzada), textura (flácida e mole ou firme e musculosa), pelo volume (gordo ou magro, rechonchudo ou esbelto), pela amplidão, forma ou velocidade de seus deslocamentos no espaço (desajeitado ou gracioso), é um sinal de *status* – talvez o mais íntimo e daí o mais importante – cujo resultado simbólico é tão maior, pois, como tal, nunca é dissociado da pessoa que o habita (BOLTANSKI, 1989, p. 183).

Conseqüentemente, o Eu perde seu valor por meio da despersonalização da imagem corporal do sujeito, principalmente quando mecanismos de poder estabelecem como

prioridade as regras institucionais de sujeição, que reforçam a desigualdade entre uns e outros. Se Boltanski (1979) identifica aí uma “vergonha de classe”, entendemos que esta vergonha se constitui nas diferenças culturais, políticas e materiais, que antecedem a própria situação de sua manifestação. É daí que provém a despersonalização do “Eu” e as formas de sujeição do corpo e dos sentimentos. Estas condições se sobrepõem até mesmo aos sentimentos voltados à diferença sexual e ao gênero.

O médico começou a explicar para mulher os procedimentos que seriam realizados, o objetivo do exame, comentando que o exame era realizado para verificar se ficaram restos placentários ou pequenos coágulos no interior do útero. Explicava com calma cada passo do exame “Esta é uma pequena máquina de ultra-sonografia. É por meio dela que faremos o exame para detectar se ainda ficou alguma coisinha dentro de seu útero”. Logo em seguida pegou o transdutor, uma espécie de aparelho pequeno e fino, parecido com um bastão, de aproximadamente vinte centímetros de comprimento e que ficava acoplado a máquina de ultra-sonografia. Utilizou de uma camisinha estéril para revestir o transdutor. Neste momento a técnica de enfermagem que estava ao meu lado me fez uma expressão irônica com o olhar.

O médico explicou que iria introduzir o aparelho transdutor em aproximadamente dez centímetros no canal vaginal. E completou dizendo “É assim que é feito o exame. Não precisa se preocupar com o tamanho do aparelho, não é necessário introduzir todo ele, o tamanho é para facilitar o exame”. Nesse momento a paciente deu uma breve risada. O médico continuou falando “Ao introduzir você poderá sentir um pouco de dor porque a região está um pouco sensível”. No início a mulher parecia calma, mas logo depois fez uma expressão de desconforto. No momento do exame não dava para ver a região genital da paciente devido aos lençóis que cobriam. Neste caso, somente o médico conseguia observar a região da vagina. A paciente a todo o momento se manteve calma, mas não deixava de expressar certo incomodo. Colocou seu braço esquerdo sobre o rosto de modo que o polegar ficasse próximo aos olhos, esse gesto foi quase o mesmo que fez quando foi realizado o toque vaginal pela médica no “Ambulatório” do hospital.

Algumas imagens começaram a aparecer no monitor. No mesmo instante que manuseava o transdutor o médico narrava o que via no monitor “Estamos na região X e estou vendo um pouco de coágulo e alguns pequenos vestígios placentários (...)”. Neste momento comecei a observar o monitor. Confesso que apenas percebi alguma movimentação das imagens, mas aquilo que o médico dizia que estava vendo (narrando) não pude identificar. O médico continuou narrando o exame “Então agora chegamos ao fundo. Quero dizer, ao fundo uterino. Mas temos a mania de dizer só fundo. Então, estamos no fundo uterino e estou

observando que tem alguns pequenos vestígios placentários e um pouco de coágulo”. Depois de observar mais um pouco o médico concluiu “É verificamos que ainda ficou alguns vestígios placentários devido ao parto. Você fez uma curetagem, mas ainda ficou um pouco. Agora vou conversar com seu médico para saber o que ele vai decidir. Se será feito uma curetagem. Isso vamos ver com seu médico. Ok?”. O médico se dirigiu a técnica de enfermagem “já terminamos o exame agora pode vesti-la. Vou escrever o resultado aqui (...)”.

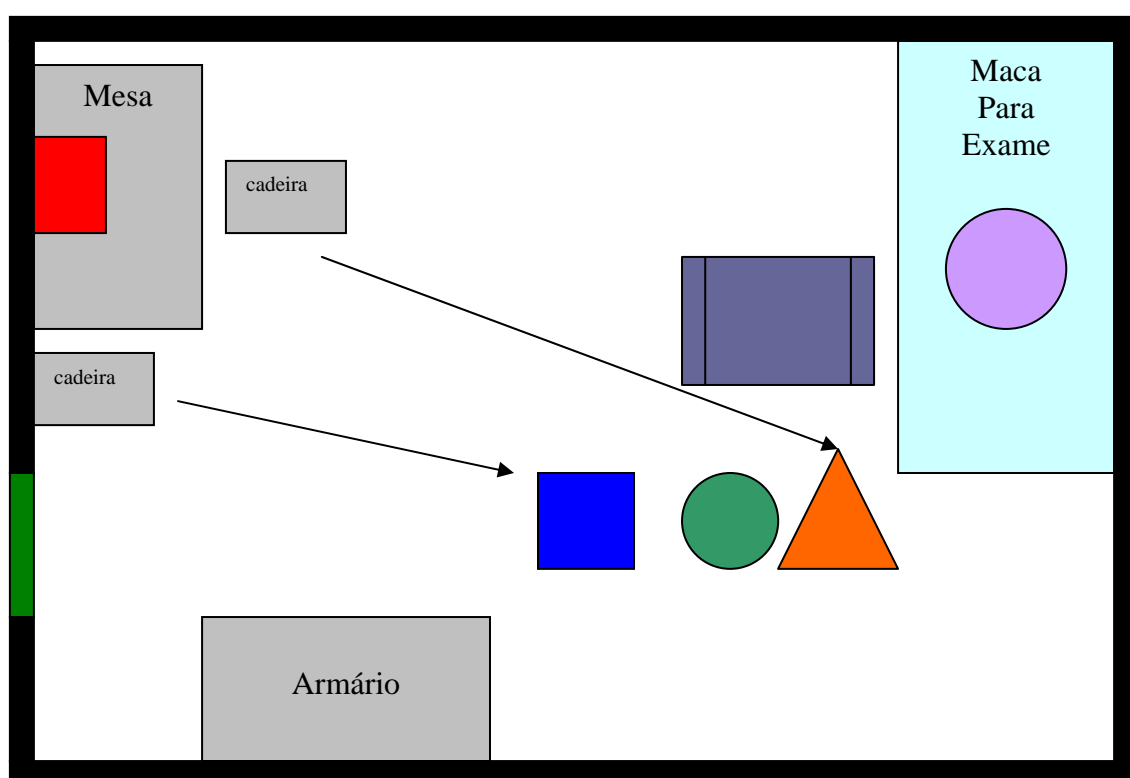
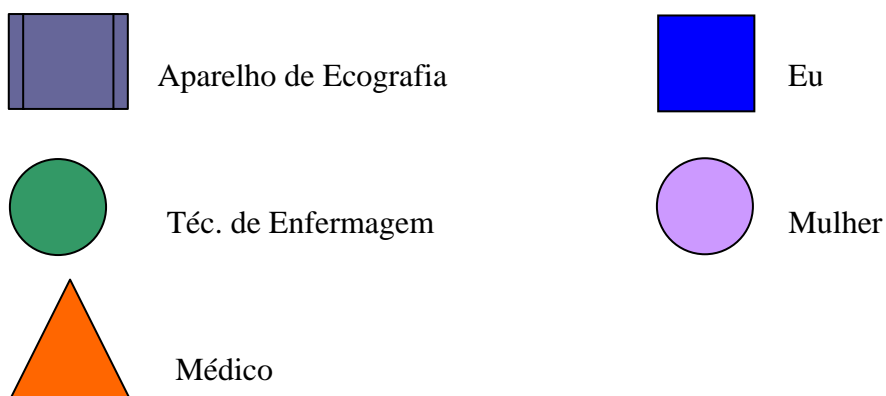


Figura 6: Sala de Ecografia



Logo depois voltei e sentei ao lado da mesa do computador. A técnica pegou o lençol que estava sobre a paciente e pareceu que iria retirá-lo. No entanto, levantou o lençol de forma a deixá-lo como uma espécie de cortina que cobria todo o corpo da paciente. Neste momento a paciente vestia a calça. Em seguida se levantou para ir até o quarto na enfermaria. A técnica acompanhou-a e voltou com outra paciente, sendo esta uma gestante. Neste instante não sabia se ficava na sala de ecografia. Na dúvida resolvi ficar na sala

A paciente que havia entrado era uma gestante de trinta e quatro semanas de gestação e realizaria uma ultra-sonografia abdominal (ou ecografia abdominal). O objetivo era observar a posição do feto e a quantidade de líquido amniótico contido na bolsa. Fiquei surpreso quando o médico perguntou “o caso” clínico da gestante e esta soube responder com muita precisão e detalhes. Esta gestante já havia consultado anteriormente com outro médico, provavelmente durante o pré-natal, e possivelmente foi aconselhada a se dirigir para o hospital para a realização do exame.

No primeiro caso o diálogo sobre o exame de ultra-sonografia transvaginal buscava transmitir para a mulher os objetivos do exame, assim como os procedimentos que estavam sendo realizados e os resultados. Estas informações não eram de conhecimento da paciente e de alguma forma facilitavam a compreensão da situação. O olhar clínico apesar da objetividade do exame, não descartava o componente subjetivo da paciente, se tratava de um olhar com uma dupla compreensão da situação. Se o olhar médico é constituído por um olhar objetivado em relação à doença e a própria racionalidade médica (FOUCAULT, 1994; TESSER e LUZ, 2008), nada impede que este próprio olhar se direcione ao sujeito que é observado e de alguma forma se estabeleça uma interlocução de perspectivas. Não existe apenas o olhar impessoal nas relações médico-paciente, o olhar também traz consigo a alteridade. Não é somente o olhar sobre o sujeito que submete o próprio sujeito à condição de inferioridade, como já apontado acima por Merleau-Ponty (1994). É o *contexto de situação* de constrangimento sob o olhar que submete os indivíduos a um grau de inferioridade. Como diria George Simmel (2000) o “olhar” se constitui num dos principais elementos de compreensão do “outro”, por isso seu caráter sociológico em nível de reciprocidade se caracteriza como um dos elementos constituintes da alteridade.

'De todos os órgãos dos sentidos, o olho tem uma função sociológica única. A união e a interação entre os indivíduos se baseiam numa troca de olhares. Talvez esteja aí a reciprocidade mais pura que pode existir. Contudo, a mais forte reação psíquica pela qual um olhar une os homens não se cristaliza em nenhuma estrutura: a unidade que surge entre duas pessoas se faz presente no

momento e se dissolve na função' (JOSEPH, 2000, p. 8).

As expressões e os gestos podem ser interpretados e reinterpretados de acordo com cada situação social, cada elemento que constitui a expressão do olhar, do rosto, dos gestos ou das mãos são elementos de referência para o próprio olhar se permitir relacionar a perspectiva do “outro” em relação aos componentes expressivos. Ao admitirmos na decifração dos gestos ou do olhar nossa própria perspectiva da situação, ao atribuirmos nossa própria interpretação desses elementos, admitimos de alguma forma, que esses próprios elementos fazem parte de nossa própria constituição de sujeito. O olhar que nos guia é o próprio olhar que nos constitui, que nos orienta e põe em interlocução com outros olhares, a transmissão do nosso próprio atribuir e representar. Para George Simmel (2000) o ser humano é um sujeito interpretativo, seu olhar se direciona de modo a interpretar a realidade interpretando a si mesmo.

'O olhar pelo qual procuramos perceber o outro é em si mesmo expressivo. Pelo olhar se desvenda o outro, desvendamos a nós mesmos. O ato pelo qual o observador procura conhecer a pessoa que ele observa é uma capitulação através da qual ele próprio aceita ser observado. O olho não pode tomar sem ofertar ao mesmo tempo. O que se produz nessa troca de olhares se constitui a reciprocidade mais perfeita em todo o campo das relações entre os homens' (JOSEPH, 2000, p. 8).

Ver, é entrar num universo de seres que se mostram, e não se mostrariam se não pudessem se esconder uns atrás dos outros ou atrás de mim. Em outras palavras: olhar um objeto é vir habitá-lo e daí buscar todas as coisas segundo a face que volta para ele. Mas, na medida em que as vejo também, permanecem moradas abertas a meu olhar, e, situado virtualmente nelas, percebo já em diferentes ângulos o objeto central de minha visão atual. Assim, cada objeto é o espelho de todos os outros (MERLEAU-PONTY, p. 106).

A dupla situação do olhar médico, um olhar treinado que percorre um fato objetivo decifrando a imagem ampliada pelo ultra-som, também se constitui num olhar com representações subjetivas. Talvez poderíamos dizer que nenhum dos dois olhares estão necessariamente dissociados, mas que se complementam, pois há o reconhecimento que a situação de exame também se constitui numa relação intersubjetiva com um respaldo objetivo. Talvez se naturalizarmos o olhar médico como um olhar voltado somente para a doença estaríamos de alguma forma reiterando esta forma de olhar ou de saber. O olhar médico, também expressado de forma lingüística, se fosse somente direcionado pelo componente objetivo, não teria a precaução ou sensibilidade de se auto-corrigir quando se referiu que o

exame e a imagem não alcançaram o “fundo”, mas sim o “fundo uterino” da paciente, evitando assim maiores constrangimentos por falsa interpretação.

3.5 O Pudor e a Nudez

Muito já falamos sobre a percepção do olhar como componente de reciprocidade ou de tensão no processo de significação do corpo e das emoções, processo este presente durante as interações em ambiente clínico hospitalar. Falamos também de como as apresentações dos sujeitos por meio da fala, gestos, olhares ou expressões, mais precisamente por meio da ação e do corpo, se constituem em um dos elementos de construção e manutenção da imagem social desses sujeitos – a relação desta imagem com o corpo, o “*Self*” e o contexto social. Nos processos constituem o ver e ser visto, e que elementos morais e de sujeição do corpo e dos sentimentos revestem esta co-presença dos sujeitos. No entanto, como já evidenciamos em algumas situações no trabalho de campo, a posição dos sujeitos e suas respectivas presenças, assim como a aparência, variam conforme as situações sociais, os cenários e os mecanismos de ação pelo corpo e sobre o corpo. Assim também variam as relações entre os participantes da ação, suas posições, seu status e suas perspectivas em relação ao “outro”.

[...] é claramente a *subjetividade transcendental* que dá sentido ao mundo. E esta subjetividade é ainda mais transcendental porque não está só ligada ao *Eu* mas é, pelo contrário, uma *subjetividade do nós* na medida em que o mundo é sempre vivido por *Nós*. Ou seja, o mundo é vivido intersubjetivamente. A determinação intersubjetiva da realidade põe em evidência as intenções significantes na constituição do *alter ego* na minha consciência. A percepção torna-se assim numa relação de motivações, o que quer dizer que a visão ou a não visão dos outros é intencional, voluntária ou involuntariamente (TOMÁS, 2008, p. 4).

Estas variações nas formas de apresentação social nos remetem a pensar os diversos “graus de visibilidade” entre os sujeitos durante a ação. Minha presença como pesquisador, por diversas vezes, era fortemente percebida e referenciada. Tanto que muitas questões relacionadas ao pudor algumas vezes remetiam para minha presença. É justamente este um dos pontos-chaves que tentarei discutir e propor como reflexão e análise neste momento, a questão dos diferentes “graus de visibilidade” dos sujeitos no contexto da clínica hospitalar. Quando me refiro a “graus de visibilidade” tenho como ponto de partida que este conceito remete às perspectivas que os sujeitos da ação possuem de si próprios (sua auto-imagem) e em relação aos outros sujeitos da ação (a imagem do outro). E como até certo ponto as relações

parecem se constituir por “perspectivas de invisibilidade” de alguns sujeitos. Esta perspectiva se constitui como condição que as equipes de saúde estabelecem para sua própria presença e atuação no campo clínico. O estar presente sem auto-limitar sua presença, independentemente se esta presença possa causar constrangimento, vergonha ou pudor para os pacientes. No caso da equipe de saúde os procedimentos clínicos serão realizados conforme a rotina de trabalho hospitalar, os protocolos.

No posto de enfermagem observei a entrada de uma gestante que estava sendo preparada para internação no Alojamento Conjunto. A gestante esperava sentada em uma cadeira de rodas, acompanhada de sua madrastra. Esperava, pois as técnicas de enfermagem ainda estavam preparando seu leito. Verifiquei o prontuário da gestante recém-chegada. Ela tinha apenas 17 anos e estava com 42 semanas de gestação, provavelmente passaria pelo processo de indução do parto. Logo depois a médica obstetra informa que a gestante iria diretamente para o Centro Cirúrgico Obstétrico. Apesar de conversar com a gestante e sua acompanhante, a princípio não me interessei por ela, pois estava sendo internada no final da tarde e por ser menor de idade. Fiquei mais um tempo conversando com a técnica de enfermagem no posto, mas como estava acabando o plantão entrei no CCO para me despedir da equipe. Voltando ao posto de enfermagem do CCO fiquei conversando com a equipe. Enquanto a gestante se encontrava num dos leitos da sala de pré-parto, havia uma técnica de enfermagem junto à gestante. Observei a médica obstetra entrar na sala de pré-parto. Escutei um barulho estranho vindo da sala, perguntei a técnica que me informou que se tratava do aparelho cardiotoco. Depois de alguns minutos, enquanto conversava com a equipe de enfermagem do posto, resolvi entrar para ver o que estava acontecendo. Observei que a gestante estava completamente nua, menos na região dos seios. Do posto de enfermagem observava apenas de longe, ainda tinha em mente o que enfermeira do CCO me disse sobre “minha presença masculina” que poderia incomodar as gestantes. Entretanto, ao olhar para a sala novamente, observei que o médico obstetra estava na sala sentado num dos leitos. Ao lado dele estava uma médica obstetra. Pensei comigo “se ele pode estar na sala por que eu não posso?” Resolvi entrar na sala. Fiquei na porta, quando cheguei à gestante olhou em minha direção. A gestante estava com diversos cintos em volta do corpo na região abdominal, havia alguns sensores que captavam sinais dos batimentos cardíacos do feto. Resolvi entrar na sala e me sentar em um dos leitos. Por algum tempo eu, o médico e a médica ficamos parados observando, enquanto isto uma técnica de enfermagem tentava puncionar uma das veias da gestante. Escutei alguns comentários dos médicos obstetras sobre algumas peculiaridades dos sons emitidos. Depois de algum tempo uma das técnicas de enfermagem avisou aos médicos

obstetras que “deram entrada” duas gestantes no ambulatório para consulta. “Vamos lá” – disse o médico. Os dois médicos sorriram e saíram da sala de pré-parto. Fiquei por mais algum tempo e percebi que uma das técnicas de enfermagem estava nervosa porque não conseguia puncionar a veia da gestante, neste momento resolvi sair.

Este exemplo remete a uma condição muito freqüente que as gestantes experimentam durante a internação, o fato que de alguma forma elas estarão ou ficarão nuas ou parcialmente nuas durante o processo. Este fato quando relacionados ao sentimento de pudor nos faz refletir sobre a posição dos sujeitos em relação aos elementos da ação (procedimentos clínicos, presença de médicos e de enfermeiros) e a situação (exames, trabalho de parto, consultas de internação, etc). A equipe médica por deter o poder de analisar e executar os exames e os procedimentos clínicos se apresenta legitimada para ver e manipular o corpo das mulheres segunda a rotina e os protocolos. Assim, é parte da ação a visibilidade do corpo, mesmo que o objetivo do exame seja apenas escutar os batimentos cardíacos do feto. Neste sentido o pudor “aparentemente” não se apresenta. A livre circulação, inclusive a minha, na sala durante o exame, demonstra de alguma forma uma certa invisibilidade por parte da equipe de saúde. É esta invisibilidade que possibilita que os procedimentos sejam realizados. Neste caso, independente da diferença entre os sexos a equipe realizará os procedimentos muitas vezes, sem se dar conta que sua presença possa afetar a gestante.

Esse grau de “invisibilidade” se vê em relação ao pudor nas perspectivas da enfermeira ou da médica que não me permitiram observar consultas e outros procedimentos. A presença e a participação de medicas e enfermeiras não apontam para sentimentos de pudor, provavelmente devido a serem do mesmo sexo das pacientes, como se o pudor somente se apresentasse na diferença sexual. Alias, esta é uma compreensão equivocada do pudor. A compreensão do pudor, como sentimento fundado na diferença sexual, talvez seja uma forma de legitimar a posição feminina dentro do campo obstétrico e de delimitar a posição de outros sujeitos (masculinos), mesmo quando estes façam parte da equipe.

No entanto, quando uso o termo invisibilidade não estou querendo dizer que a equipe de saúde se apresenta como invisível durante a interação, este fato obviamente seria impossível. O que estou tratando aqui é que de alguma forma existem graus diferentes de visibilidade para os sujeitos, assim como graus diferentes de invisibilidade, decorrentes das perspectivas que esses sujeitos têm de sua auto-imagem. Talvez sob olhares diferentes, seja de homens, mulheres ou estranhos, a percepção do corpo se apresente de formas diferenciadas. Neste caso, a percepção do corpo é instituída em graus variáveis segundo os modos de apresentação e os papéis dos participantes e seu status na instituição hospitalar. O corpo se

apresenta de forma pré-estabelecida e não de forma negociável no nível da alteridade. A invisibilidade que a equipe de saúde incorpora facilita de alguma forma as relações que essa equipe precisa desenvolver com as gestantes durante os procedimentos clínicos de fato se concretizem. Isto não excluiu a presença do sentimento de pudor nas relações, mas mesmo que se manifeste, sua manifestação é naturalizada e assim, não impede o desenvolvimento da ação.



Figura 7: Cama Voadora (1932). Frida Kahlo (1907-1954). Óleo sobre metal 77,5 x 96,5. Coleção Fundação Dolores Olmedo (México).

3.6 As Mães, a Internação e o Pudor

O trabalho de campo dessa dissertação se completa com um conjunto de entrevistas²⁶ com mães que realizaram parto no Hospital Nossa Senhora da Luz. As entrevistas foram realizadas fora do ambiente hospitalar. Todas as entrevistas foram realizadas na residência das entrevistadas, no mês de junho de 2011, com o uso de gravador, os nomes que se apresentam são fictícios para preservar a identidade das participantes. Expliquei o porquê estava realizando as entrevistas e só depois então agendei as entrevistas e apresentei o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (ANEXO 2). As entrevistas consistiam de cinco perguntas (ANEXO 3) de caráter aberto, tendo em vista abrir a discussão com as entrevistadas sobre os temas propostos pelas perguntas. O objetivo geral das entrevistas era por em discussão a questão da experiência de internação (estadia no hospital) e o que representaram para elas os exames clínicos.

O objetivo de realizar estas entrevistas era saber como foi vivenciado o sentimento de pudor; como o pudor se apresenta na experiência de internação dessas mulheres. Não esboçamos perguntas iniciais que envolvessem diretamente o pudor. À medida que as mulheres se pronunciassem sobre o assunto, então sim aprofundaríamos o tema; evitamos perguntas que envolvessem diretamente este tema para não correremos o risco de induzir às entrevistadas a falarem sobre este sentimento. Tocamos no tema na medida em que este fosse por elas enunciado. A expectativa era que a questão do pudor se apresentasse de uma forma mais espontânea. Com esta atitude, julgávamos que a narrativa sobre o tema viesse da experiência das pacientes. A seguir apresentaremos e analisaremos o conteúdo das entrevistas da cada mulher.

3.6.1 Sandra²⁷

A primeira entrevista foi realizada com Sandra uma das mulheres com a qual tive mais contato no hospital. Acompanhei seu trabalho de parto e conversei com ela algumas vezes durante sua estadia no Alojamento Conjunto. Sandra tem aproximadamente 30 anos de idade e era sua segunda gestação, sendo que nas duas ocasiões realizou parto normal (ou natural). Por ter sido minha primeira entrevista, confesso que não possuía noção exata de como o assunto iria se desenvolver ou em que momento o tema pudor iria aparecer. Neste caso, o

²⁶ Embora não fosse objetivo deste trabalho entrevistar as mães, durante o trabalho de campo julgamos interessante fazermos.

²⁷ Os nomes aqui citados são fictícios.

pudor demorou muito para aparecer na entrevista, sendo que a referência mais próxima a esse tema se deu de forma intangível, pouco aparente, por meio de uma queixa que fez em relação a não autorização de acompanhantes de parto no hospital:

[...] eu vi em algumas maternidades o pai [da criança] acompanhando a mãe já desde o momento que interna, até na hora que ela tá com aquela camisolinha horrorosa [risos], que é aberta atrás [risos]. Horrorosa aquela camisola! [Pergunto: por que é horrorosa?] muito ruim, muito desagradável. Então, desde o momento que ela interna o pai fica ali junto com ela o tempo todo, acompanhando até a hora do bebê nascer. Daí também o nenê nasce e o médico vê que tá tudo bem, fica um dia no hospital no outro dia de manhã ela já vai embora. Então esta parte acho interessante, agora no meu caso iria ser bem complicado, você já pensou meu marido, eu ali em cima da cama gritando de dor e meu marido do lado, eu iria mais é querer matar ele [risada], então não iria dar muito certo não (SANDRA, 14/06/2011).

Nesse momento da entrevista não havia dado a devida atenção para a questão da camisola. Ainda achava que o pudor iria se apresentar quando o assunto se referisse aos exames ou em relação ao trabalho de parto. Mas isto foi verbalizado sem que houvesse referência direta a questão do pudor. Poderíamos dizer que o pudor se apresentava de forma intangível, mais precisamente nas entrelinhas do enunciado, o que exigia um esforço a mais do entrevistador na análise interpretativa nas narrativas.

Depois de quase uma hora de entrevista, pergunto sobre a camisola da qual havia se queixado. Era uma pergunta simples e que não necessariamente remetia ao pudor, mas que tinha marcado sua experiência de internação, pois implicitamente se referia à a condição de nudez de parte do corpo (“a camisolinha horrorosa”).

Pergunto: Lembro que você comentou que não gostou das camisolas [pausa] o que você achou da camisola?

Sandra: Ah, eu não gostei porque [pausa] primeiro você tem que entrar no hospital com aquela camisola, ela é toda aberta atrás. Daí tem um lacinho aqui em cima um lacinho no meio. Daí você atravessa o hospital mostrando a bunda já, literalmente, que é uma coisa bem desagradável. Ah, é claro, você é gestante, você esta sensível, você não quer sair por aí mostrando pra todo mundo.

Pergunto: e você saiu desde a entrada?

Até lá embaixo. Então é bem desagradável. Aí, no quarto também, tudo bem não ter um biombo pra separar as camas. Acho até correto porque daí a gente não fica e não se sente tão sozinha, porque tem a vizinha da cama do lado, a vizinha da cama da frente e tal. Mas acho que eles tinham que mudar essa [pausa] essa camisola, não sei. É óbvio que é prático, pra gente que acaba de

ter bebê porque desamarra aqui em cima e só puxa, mas a camisola também é uma coisa bem falha.

Pergunto: Em que momento você se sentiu...

Eu como gestante me senti constrangida de ter que usar ela [falou quase ao mesmo tempo em que tentei perguntar] o tempo todo porque eu dei um “piti” lá. Eu tava sem roupa, então, qualquer pessoa que passava ali, que olhava pra dentro, porque eu tava “fora da casinha” eu não tava na casinha eu tava fora [fez um gesto com o dedo na cabeça], então qualquer pessoa que passasse ali eu tava me expondo, de certa forma, e eu não acho legal isso [pausa] a camisola não gostei também [opinando]. Né? [falando para seu bebê] (SANDRA, 14/06/2011).

Nesse momento percebo que a questão da camisola era uma referência ou uma espécie de chave para que as mulheres entrevistadas se referissem ao pudor, experienciado no hospital. Muitas vezes o pudor não era enunciado por pudor ou pelo recalque que tomava conta dos sujeitos; uma espécie de recalque em relação ao pudor pela linguagem. No entanto, a questão não desaparecia totalmente em relação aos significados que as gestantes atribuíam à exposição do corpo durante o internamento. O que ocorreu é que nas entrevistas foi necessário se utilizar de uma palavra-chave para que o assunto aflorasse. Na maioria das entrevistas utilizei-me desta palavra-chave (camisola) quando o pudor não aparecia de forma espontânea ou direta. O fato da entrevistada nem esperar o término de minha terceira pergunta sobre o tema indica de alguma forma que ela estava disposta a se manifestar sobre este ponto de sua experiência no hospital. A palavra-chave foi utilizada na maioria das entrevistas, pois assim como na primeira o pudor poucas vezes aparecia diretamente na fala das entrevistadas.

Sua queixa se dirige não somente à camisola, mas também aos mecanismos de sujeição do corpo durante o tempo de internação. Neste caso, o “horrível” era estar sujeito a uma rotina pré-estabelecida e normatizada pelo hospital que compreende exames invasivos, nudez e uso de vestuário próprio da instituição e que visa facilitar o trabalho da equipe de saúde e não o conforto da gestante. Além disso, a mulher tem que lidar com situações muitas vezes desconhecidas e fora de seu cotidiano. Esta situação desencadeia uma “constelação de sentimentos” de angústia, indignação, dor, solidão, relacionadas à condição “sensível” da gestante. O fato de estar “exposta” aos olhos de outrem, a rotina hospitalar, sujeita a paciente a manifestar o sentimento de “perda de controle” do corpo. Neste contexto, o corpo aparece como propriedade do fazer clínico e da instituição hospitalar. Ao que parece o sentimento de angústia se volta contra mulher, pois esta tem que auto-vigiar o próprio corpo, sua nudez, nada podendo fazer contra a manipulação deste. A perda do controle do corpo e dos

sentimentos expressa através da palavra “*fora da casinha*” era muitas vezes acompanhada na fala da gestante pelo sentimento de culpa por esta perda.

3.6.2 Camila

A segunda entrevista foi realizada com Camila, gestante que teve contato numa breve conversa quando esta se encontrava em uma das enfermarias do Alojamento Conjunto. Para Camila de 32 anos, essa foi sua primeira gestação, seu filho nasceu de parto normal. Durante a entrevista Camila discorria sobre cada assunto de forma detalhada e prolixa, muitas vezes mostrando exames do pré-natal e comentando detalhes do cotidiano de sua gestação. Sua linguagem remetia muitas vezes a uma narrativa em forma de diálogo sobre sua experiência na maternidade. Foi uma entrevista rica em detalhes e demorada, durou quase uma hora e meia.

Para Camila o pudor se apresentou quando a entrevistada comenta sobre sua entrada para internação no hospital, mais precisamente nas consultas realizadas no ambulatório. A entrevistada comentou a insistência em ser internada, pois a médica que a atendeu pediu para ela voltar para casa e retornar ao hospital em outro momento.

Segundo o ponto de vista médico o trabalho de parto ainda não havia iniciado, mesmo Camila sentindo suas primeiras dores devido às contrações. Camila já havia retornado uma vez para casa e estava de volta ao hospital devido um sangramento. Neste momento da entrevista, Camila comenta um assunto que remete ao pudor, mais precisamente ao sentimento de pudor invocado pela médica que a atendeu.

[...] era uma e dez, uma hora da manhã, daí a médica acabou me internando uma e dez. Por que eu falei “não, eu não vou embora”. [a médica] “eu não vou te internar”. Eu falei “eu vou ficar acampada aqui na recepção, cada vez que sentir dor eu vou pedir pra dar entrada de novo, você vai ter que fazer avaliação de novo. Então compensa você me internar e me olhar de vez em quando, quando você puder, do que eu dar entrada tantas vezes quantas eu quiser”. Aí ela “não porque você vai ficar lá sozinha”. Falei “não, mas eu tenho direito a um acompanhante”, eles falaram pra gente no curso que a gente podia ficar com o marido ou a mãe. Ela falou assim “não, lá no pré-operatório não fica ninguém, porque os maridos se apavoram. (...) você não vai tá sozinha no quarto, a hora que você tiver dor ele vai ficar agoniado, a hora que a menina da cama do lado tiver dor vai ficar agoniado. Ó vocês usam esse camisolão aberto não é justo, por exemplo, teu marido ficar vendo” [pausa]

Pergunto: eles falaram isso, quem falou isso?

A médica. Assim, aí “a menina não vai poder levantar da cama para ir ao banheiro, não vai ter essa liberdade. Esses camisolões são abertos atrás, então (...) no pré-operatório não vamos deixar ficar com acompanhante” [médica falando].

[Resposta de Camila para a médica] - “Então deixa minha mãe” [A médica, segundo Camila fez um sinal de negativo].

Pergunto: não deixaram tua mãe?

Nem minha mãe. Aí ela me internou uma e dez, porque eu enchi a paciência dela [da médica] (CAMILA, 15/06/2011).

Neste caso, o pudor aparece durante a negociação de Camila com a médica, na consulta que precedeu ao internamento, uma negociação em relação ao internamento e ao acompanhante, mas cujo argumento derradeiro remete à exposição do corpo da gestante. Primeiro, a médica indica que a gestante não poderá ter acompanhante durante o trabalho de parto. A intenção da médica é de convencer a gestante a não internar, para retornar para sua residência, enquanto espera momento mais propício. No julgamento da médica não havia necessidade de internação e a gestante estaria em situação mais confortável aguardando em sua residência. Desta forma a equipe médica se utiliza de seu saber e de seu poder especializado de forma a prescrever a conduta pensando ser mais adequada para o momento. Camila ainda não sabia sobre a norma do hospital de não permitir a entrada de acompanhante durante o trabalho de parto, mesmo o provável acompanhante tendo realizado o curso oferecido pelo hospital. Lembro que também havia demorado a entender que o curso não garantia a entrada para acompanhar as gestantes durante a internação e o parto.

A médica ao tentar convencer Camila que não precisava ser internada se utilizou de um atributo moral, mas poderoso, o pudor. Este aparece em relação à presença do marido que acarretaria situações de “constrangimento” para as outras mulheres em trabalho de parto na enfermaria. O sentimento de solidão por não ter um acompanhante durante o trabalho de parto, sendo esta queixa também esboçada pela entrevistada Andressa, nos remete a pensar que o “acompanhante” seria uma espécie de “garantia”, um suporte para o sentimento de “falta” durante a internação (RASIA, 1996). O “acompanhante” seria uma espécie de “proteção simbólica” em relação à destituição do “Eu” e do “corpo” pelo hospital, um símbolo afetivo da vida fora da maternidade, do habitual e seguro, da garantia da identidade social constituída e desejada. A perda do domínio sobre o corpo e seu controle, a ansiedade gerada pela expectativa do parto iminente, a destituição do “Eu” pela internação, a condição de nudez ou semi-nudez diante de estranhos, os procedimentos fora dos padrões habituais e

cotidianos. Era contra tudo isto que o acompanhante representava garantia.

Como forma de interdito, mais uma vez, nesta narrativa, o pudor aparece referenciado à valorização da diferença entre os sexos. De alguma forma é utilizado para limitar a presença de indivíduos estranhos ao ambiente hospitalar, dado que médicos e enfermeiros homens são admitidos. Novamente, mesmo o pudor sendo referenciado em relação às condições da sexualidade e diferenciação, a equipe médica ainda possui o poder de se sobrepor ao interdito, permeando as relações de gênero com a autoridade legitimada do saber para fins de intervenção clínica no corpo da gestante. Se o interdito existe, serve mais para coibir a presença de estranhos não especialistas na área de saúde.

No final da entrevista, quando pergunto sobre a camisola Camila se remete ao pudor manifestado pela diferença entre os sexos. No entanto, sua principal referência foi ao pudor sobre a condição de nudez, ou seja, referente aos processos em que a camisola possibilitava a exposição do corpo semi nu.

É estranho [risos] você ficar com a parte traseira tomando ar, mas [pausa] eu não sei, a parte de baixo poderia ser mais aberta, não que ela ficasse com a bunda de fora realmente, ou [pausa]. Que nem, tem enfermeiro também. Tá que depois chega um momento ali que você tá tão zureta de dor que você não tá nem aí se tá aparecendo se não tá aparecendo, você quer que corra tudo bem. Mas no começo é aquilo, você tem receio até de sair da cama. Eu lá, quando dei entrada no pré-operatório fiquei assim [pausa], daí que eu vi que a menina estava saltando de lá pra cá com a bunda de fora, eu pensei: “*é, a minha também vai ficar*” [risos]. Então eu evitava levantar [...]

Depois no quarto, logo depois de colocarem os pontos, daí elas colocaram fralda em mim, levaram pro quarto, [pausa] é horrível a sensação. Eu tava brincando comigo hoje “deve ser horrível para eles também” [equipe de saúde]. Eu fiquei um dia e metade de outro [risos], não é uma experiência muito agradável. Daí a menina quando foi me ajudar no banho, também me ajudou com isso. Aí por um lado até brincava “pra amamentar é bom, era só não deixar o último lacinho amarrar, porque ela [a camisola] facilitava na hora de amamentar. Mas é um pouco constrangedor. Ter o camisolão aberto atrás.

Pergunto: em que momento você sentiu mais constrangimento?

[pausa] é que levantar ali [pausa] eu levei 22 horas no trabalho de parto, então levantar, ir ao banheiro [pausa], não deixaram ficar de calcinha no pré-operatório também. Então é estranho. Aí você esta sangrando [pausa] então é uma sensação assim [pausa] não passa aquela sensação de higiene, então você se sente incomodada [...] (CAMILA, 15/06/2011).

Camila se refere constantemente a sua condição de nudez ou semi-nudez devido à camisola, mais precisamente aos processos e procedimentos que a submeteram a esta

condição. A entrevistada aponta à presença masculina em sua internação como referência ao pudor em relação ao sexo, mas mesmo sem esta presença o constrangimento e o desconforto também se fazem presentes. É um corpo constantemente vigiado e que se auto-vigia. A restrição imposta ao corpo, a vergonha em sair da cama, demonstra uma das formas de controle e ajustamento do corpo das gestantes em relação aos procedimentos clínicos hospitalares. Poderíamos dizer a nível hipotético que de certa forma o sentimento de pudor se caracteriza numa forma de manipular a conduta dos indivíduos, sendo assim um sentimento também manipulável conforme interesses, inclusive da instituição. A imagem da outra gestante referencia o problema em questão, “é a minha [bunda] também vai ficar [de fora]”. O pudor ao inibir a circulação da gestante se caracteriza também como mecanismo de controle do corpo, demonstrando num sentimento incorporado a força para invocar por meio da tomada de consciência da exposição outros sentimentos em relação corpo.

No caso da prática clínica, principalmente nas instituições hospitalares, os mecanismos que organizam e controlam as relações de poder entre a equipe e os internados têm como característica fundamental à utilização dos espaços físicos projetados pelo saber médico. Estes espaços tinham como função garantir uma melhor distribuição dos corpos no interior do hospital, individualizando-os, em proveito de sua vigilância. A vigilância será o instrumento mor de disciplina dos corpos hospitalizados, os mecanismos de disciplina dos corpos passam pelo espaço físico dos hospitais através da arquitetura que permite o maior controle e a padronização dos movimentos dos internados.

E, examinando os diferentes projetos arquitetônicos elaborados depois do segundo incêndio do Hotel-Dieu, em 1772, percebi até que ponto o problema da visibilidade total dos corpos, dos indivíduos e das coisas para um olhar centralizado havia sido um dos principais diretores mais constantes. No caso dos hospitais, este problema apresentava uma dificuldade suplementar: era preciso evitar os contatos, os contágios, as proximidades e os amontoamento, garantindo a ventilação e a circulação do ar: ao mesmo tempo dividir o espaço e deixá-lo aberto, assegurar uma vigilância que fosse ao mesmo tempo global e individualizante, separando cuidadosamente os indivíduos que deviam ser vigiados (FOUCAULT, 1979, p.209-210).

Outros elementos entram em jogo quando o assunto se dirige aos sentimentos de pudor para além apenas da condição corporal de nudez. No caso, há também a dor no trabalho de parto, onde a preocupação maior da gestante é saber sobre a situação de sua gestação e do bebê. Há também o fato da paciente não se encontrar em um local habitual da esfera íntima,

de seu cotidiano, de seu lar. O hospital se caracteriza como um local público (presença de estranhos), onde a internação é uma experiência fora dos padrões cotidianos dos indivíduos. Camila se preocupa com a nudez e com a higiene em relação ao corpo. A preocupação em relação à higiene se deve ao fato de estar em um lugar público, no qual é examinada constantemente por médicos e enfermeiros que não fazem parte de seu círculo íntimo e cotidiano.

A perspectiva foucaultiana da distribuição dos espaços nos hospitais, onde os corpos estão em permanente vigilância, vêm de encontro com uma nova concepção de pudor que surgiu no final do século XVIII, trata-se do “pudor individual”, ou melhor, do “pudor individualizado”. Entretanto, como já nos indicava Elias (1993, 1994) trata-se de um pudor que tem como característica essencial, a tomada de consciência, ou seja, a autocensura como reguladora do comportamento público, “consciência” esta inscrita no corpo e utilizada pelos mecanismos de poder e sujeição. A análise histórica mostra que esta nova consciência, ou como diria Foucault (1979), este novo dispositivo de poder, vem na emergência e no surgimento de uma nova classe dominante em ascensão, ou seja, a burguesia, seus costumes e sua moral, frente à emergência de novas configurações adequadas ao capitalismo acelerado.

A Revolução é mais da ordem da tomada de consciência: a legitimidade mudou de mãos. O burguês já não tenta mimar a nobreza e deu-se conta de que os seus próprios valores podiam constituir um novo sistema de referência (...). O pudor, ligado à intimidade e à vida privada, pôde assim instalar-se num quadro de vida concebido para ele. O espaço privado passa a estar nitidamente circunscrito (...). A casa burguesa distingue melhor os compartimentos privados dos públicos. As mulheres tem salões ou tocadores: já não recebem na cama. O quarto de banho torna-se fixo: deixa de haver recepções na banheira ou na cadeira furada (...). Assim se oficializa esta compartimentação da nudez que víamos esboçar-se nos círculos libertinos do século XVIII. Os núcleos de prazer, que a moral não podia tomar para exemplo, torna-se núcleos de virtude. As noções de vida privada e de pública surgem a partir do momento em que cada uma tem um território distinto (...). A moral – e o pudor – devem ter em conta esta nova distribuição do espaço (BOLOGNE, 1984, p. 379).

3.6.3 Juliana

Minha terceira entrevista foi com Juliana, gestante que acompanhei durante o trabalho de parto, quando pude presenciar sua dificuldade em realizar o trabalho de parto, devido suas condições físicas e psicológicas. A entrevistada tem 25 anos, solteira e foi sua primeira gestação. Esta entrevista foi marcada pelos conflitos pessoais relatados por Juliana que não cabe comentar aqui. Juliana possui uma personalidade muito forte e se expressa muito bem.

Quando perguntada sobre a questão da camisola, mostrou um ponto de vista diferente das outras entrevistadas.

Pergunto: Lembro que você comentou da camisola. Algumas gestantes que entrevistei reclamaram da camisola, o que você achou da camisola?

Você [ela] tem toda hora que estar fazendo toque. Acho que é normal. É difícil você querer por uma roupa mais fechada. Se vai ter sangramento se você vai [pausa] se toda hora vai ter que fazer toque, eu acho que ali cobre o essencial. Realmente você toda hora tem que tá fazendo toque, toda hora tem que tá mexendo, é difícil por uma roupa mais fechada. Acho que dificultaria na hora de fazer toque, tudo mais [...] ou só usar um roupão, acho que seria mais fácil também [...] (JULIANA, 27/06/2011).

Quando o tema da camisola entra em questão, Juliana entende e reconhece que a camisola serve para facilitar os procedimentos clínicos. Neste caso, o uso da camisola não se configura em um problema, pois seu uso estaria legitimado por facilitar a realização dos procedimentos clínicos. Este reconhecimento da necessidade da camisola a legitimação da semi nudez a que a gestante está exposta com seu uso, aufere legitimidade à equipe de saúde ao realizar procedimentos como o toque. Esta legitimidade, via facilitação dos procedimentos, de certa forma estava presente nos relatos das outras entrevistadas. No caso de Juliana esta não nega que possa haver o sentimento de pudor, mas que este estaria num plano secundário em relação aos procedimentos. Interessante que para esta entrevistada o pudor aparece como um sentimento legítimo para a gestante.

Nesta entrevista o pudor também se apresenta em relação à diferença entre os sexos, principalmente quando o assunto girava em torno da questão do “acompanhante de parto”. E o corpo da mulher sempre aparecendo em referência ao “outro”, um corpo que precisa ser protegido, vigiado e auto-vigiado, objeto de desejo e violação. Segundo Juliana a questão era de “difícil solução”, pois a escolha de “quem seria o acompanhante” poderia gerar conflitos. Segundo a entrevistada, casos em que o marido estivesse presente durante o trabalho de parto remeteriam a condições favoráveis ao constrangimento por parte das outras gestantes internadas na enfermaria para trabalho de parto.

Pergunto: Algumas gestantes comentaram sobre o “acompanhamento” no pré-operatório, uma comentou que gostaria de ter tido um “acompanhamento” do marido ou de sua mãe, enquanto outra falou que não gostaria de ter um acompanhante junto com ela durante o processo de parto. O que você acha disso?

Eu acho que envolve muito mais coisas do que só uma companhia. Porque às vezes no quarto... não tem como ter um quarto para cada mulher. Às vezes pode ser que mesmo em meio à dor tem pessoas que se sentem [pausa] são mais envergonhadas. Na hora da dor, até mesmo a camisola que a gente usa, você fica muito exposta. Então é difícil deixar. Às vezes você tá sozinha, você tá com sua mãe e a outra mulher tá com o marido. Claro, que uma companhia acho que seria melhor, mas seria difícil te dizer qual das companhias pode ser a certa ali. Por que pode ter constrangimento entre as pacientes, entre uma e outra. Então, você tá ali sozinha às vezes, e a outra mulher tá com o marido. Fica difícil dizer. Que eu acho que acalmaria, acalmaria [...] (JULIANA, 27/06/2011).

Um fato interessante neste trecho refere-se à individualidade durante a internação. Neste caso, as referências ao corpo e aos sentimentos passam por normas de conduta internalizadas individualmente, mas que não correspondem necessariamente às normas do hospital. O acompanhante é interditado em função desses dois conjuntos de normas. Como já comentado acima o hospital se configura em um espaço público de relações não habituais para a maioria dos indivíduos e os quartos são compartilhados neste caso. A possibilidade de um acompanhante seria delicada devido à sala de “Pré-Parto” ser um local de uso coletivo por gestantes. Esta sala representa uma forma coletiva de experienciar o parto para as mulheres internadas na maternidade. Se uma dessas gestantes tivesse um acompanhante do sexo masculino, este estaria interferindo de alguma forma à relação das outras mulheres com o próprio corpo e mobilizando sentimentos de pudor. A problemática em questão não se restringe apenas a questão da nudez, mas sim em estar nu num local público e na presença de olhares de pessoas que não pertencem à esfera íntima da gestante. As mulheres observadas pelo acompanhante poderiam tornar-se objeto de prazer ao olhar masculino, na situação o interdito é uma forma de proteção. O pudor está referenciado a construtos sociais que valorizam a intimidade corporal em ambientes compartilhados e a uma espécie de autocontrole corporal imposto à mulher em relação ao olhar masculino. Nesta perspectiva os espaços individualizados seriam a solução para a questão do acompanhante de parto.

Poderíamos dizer que na sociedade contemporânea a questão do pudor é uma questão fortemente referenciada à presença ou ausência de intimidade nas relações sociais. Sendo a esfera individual ou particular caracterizada pela “defesa” da intimidade. Durante o processo civilizador no ocidente, a constituição da individualidade implicou em mudanças radicais dos *sentimentos* em relação ao corpo. A polidez e os costumes refinados criaram mecanismos que desenvolveram a defesa e a proteção do corpo por meio da individualização do sujeito. O autocontrole das emoções transformou progressivamente as barreiras corporais entre os sujeitos, reforçando-as. Vincula-se a intimidade com o particular, com o espaço

individualizado, com o sentimento privado do indivíduo e com as emoções restritas à defesa do corpo. Desta forma delimita-se os espaços de modo a construir barreiras corporais entre os sujeitos. O recalque, a repugnância, o medo, o pudor, são sentimentos potencializados por estes constructos sociais (ELIAS, 1993, 1994; RODRIGUES, 1999). E através deles o pudor se manifesta, ou de outro modo, esses sentimentos são formas de manifestação do pudor.

Neste trabalho poderíamos referenciar minha própria dificuldade em lidar durante o campo com as barreiras em relação à intimidade. Por exemplo, como já mencionado em capítulos anteriores, em algumas situações minhas *sensibilidades* e *sentimentos* em relação ao trabalho de parto me constrangiam no presenciar todo o processo. Durante o trabalho de parto o ambiente de dor, gritos, nudez, desespero, intervenção médica, exame de toque, criaram barreiras sensíveis impostas tanto pelos meus sentimentos, quanto barreiras impostas pelos sentimentos de membros da equipe de saúde. O que se tratava muitas vezes era o de vivenciar o sentimento de pudor incorporado também na minha figura.

O rompimento das barreiras da intimidade em ambiente hospitalar se estabelecem por meio das normas institucionais. O saber médico, incluindo médicos e enfermeiros, tem na instituição hospitalar a legitimidade necessária de romper com as barreiras da intimidade dos indivíduos, isto se justifica pelas vicissitudes do “fazer clínico” durante os procedimentos. Lembro que durante a pesquisa de campo tive muita dificuldade em entrar nas enfermarias do alojamento conjunto ou maternidade, e quando entrava era por breves momentos.

Apesar das enfermarias serem espaços compartilhados (cada uma com quatro leitos), as gestantes internadas de alguma forma compartilhavam dos mesmos atributos simbólicos aqui representados pelos processos de gestação, internação e realização do parto. Mesmo durante as interações com a equipe de saúde, sendo estas muitas vezes invasivas, não apresentavam os mesmos sentimentos de ansiedade e sofrimento nos períodos pré-parto.

As técnicas de enfermagem entram na enfermaria com uma mulher na maca e seu bebê recém-nascido. Perguntei se gostariam que ajudasse a pôr a paciente na cama. Num primeiro momento não deram muita importância à minha pergunta, mas em seguida me responderam que a mulher passaria da maca para cama sozinha. Isto representa uma certa restituição da independência do corpo da mulher em relação ao momento anterior, de trabalho de parto, e também em relação a da equipe de saúde. Mas devo dizer que esta restituição é muito limitada, pois enquanto internada a mulher está submetida às normas institucionais. Comentei que não estava acostumado com bebês, mas mal terminei de falar e o recém nascido já estava no meu colo. Acrescentei em tom de brincadeira que o recém-nascido estava muito pesado e devia pesar uns quatro quilos. A mãe logo me corrigiu dizendo que a criança (um menino)

tinha três quilos e duzentas gramas. Em seguida as técnicas brincaram dizendo que minha balança estava mal regulada e que iria com o tempo calibrá-la melhor.

Este fato mostra também que a forma de interação entre a mãe e a equipe de saúde no pós-parto se estabelece de forma diferente se comparada com a interação em outros setores do hospital pelos quais a gestante passou. A intervenção (ou manipulação) física imediata no corpo da mulher no pós-parto se dão num grau menos invasivo, não que elas não ocorram. Devido às condições clínicas das mulheres puérperas estas intervenções se limitam, em condições de normalidade da mulher, a exames de pressão artéria, temperatura, frequência cardio-respiratória, troca de fraldas e auxílio na amamentação. Aos poucos se estabelece um ambiente menos hostil, um pouco mais próximo do ambiente familiar (ou íntimo) com a presença da criança, do marido e da família. O marido e a família são admitidos nas enfermarias somente nos horários de visita. Esta expectativa de acolhimento familiar, mesmo sendo intercaladas com os procedimentos clínicos, apareceu na fala de Sandra, minha primeira entrevistada.

Uma coisa que vi hoje no Discovery que achei interessante, não faria, mas achei interessante, é assim, ela interna num quarto, a gestante né. Isso é lá, eu acho que era no Texas, não lembro bem ao certo, era nos Estados Unidos. Ela interna num quarto, ela tem toda assistência ali, tem o médico, tem obstetra, tem a enfermeira que fica ali com ela o tempo todo, e tem os aparelhos ali, ela fica com a eco na barriga tudo bonitinho. Daí fica a mãe, a sogra [entonação], o pai do bebê, se o pai do bebê tiver irmã ficam também as cunhadas da gestante, então todo mundo pode acompanhar, só que de homem só o pai, o pai dela não pode acompanhar nem o pai dele. Ele pode acompanhar, daí a mãe dela a sogra e tal, daí ela começa a sentir dor, e na hora do nenê nascer quem faz quem ajuda ela a ter força é a mãe e a sogra, que puxam as pernas dela pra cima, enquanto o pai fica ali falando pra ela fazer força e dando apoio. Então assim, achei legal, achei interessante! [...] Daí eles chamam a médica na hora que o nenê tá nascendo, quando apura as contrações. Daí a enfermeira que fica no quarto com ela vai e chama a obstetra, a obstetra vem e faz o parto, mas a família toda ali. Tinha seis pessoas junto com ela no quarto na hora que o nenê tava nascendo. Eu achei bem interessante e a hora que o nenê tá saindo ela chama o pai pra vê ainda, olha o detalhe, né, imagine a cena [risada]. Que coisa desagradável, mas o pai queria ver e a médica chamou. Olha pai a cabeça do nenê já tá saindo. [comentei: parto normal?] Sim, parto normal, ela não cortou nada, simplesmente a criança nasceu. Ela fez lá meia dúzia de força, a criança nasceu, achei bem interessante! (SANDRA, 14/06/2011).

Poderíamos dizer que na clínica hospitalar existem níveis diferenciados de intervenção no corpo. A presença ou não de familiares durante o parto se apresenta vinculada à identidade pessoal da gestante que neste momento está submetidas a uma despersonalização do “Eu” e

ao cumprimento dos protocolos. A “garantia” na figura da família traz consigo o vínculo estabelecido fora do hospital, em sua esfera íntima e pessoal. Mesmo o hospital sendo voltado a prestar um atendimento humanizado, como instituição o que prevalece são as normas institucionais durante o internamento e a realização dos procedimento clínicos protocolares.

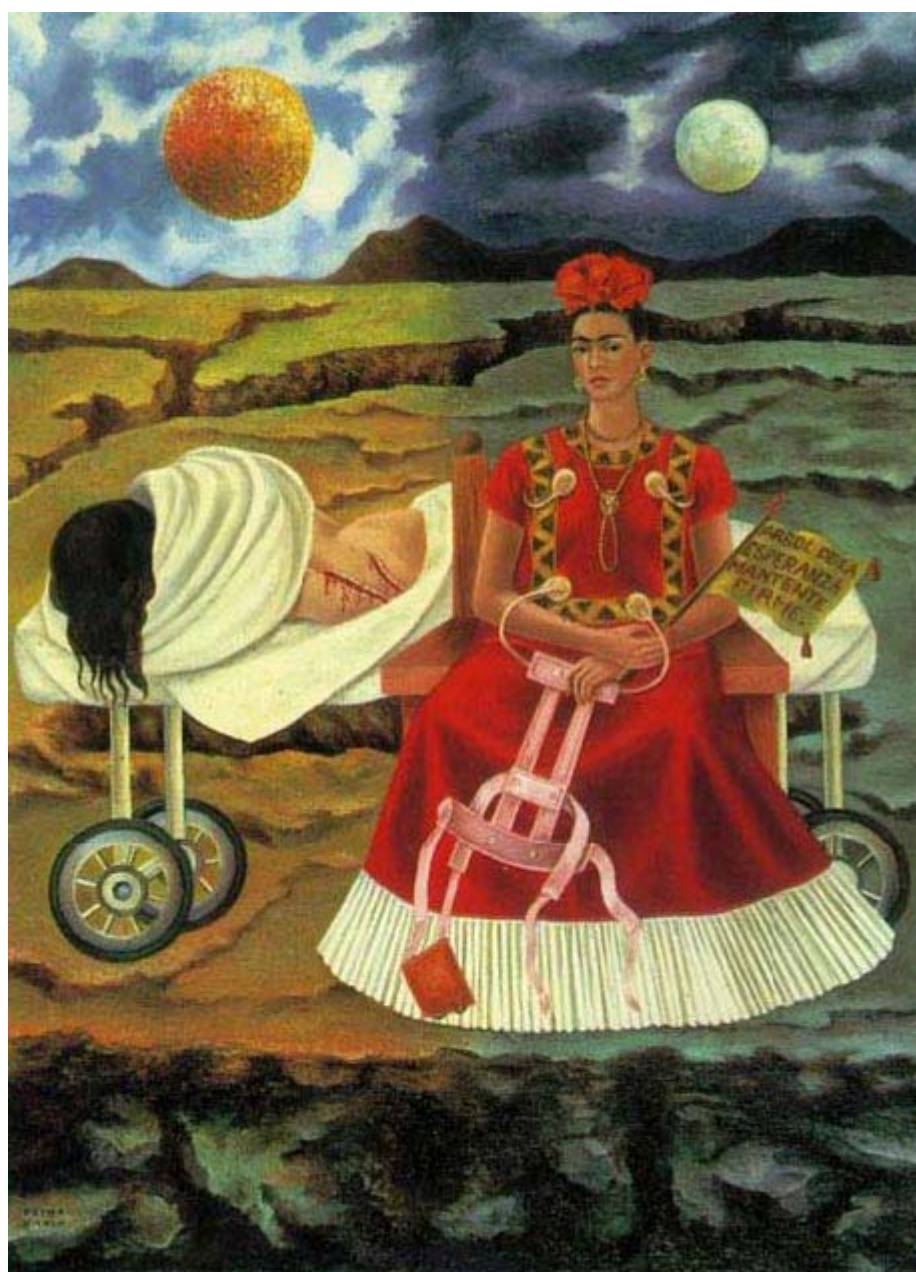


Figura 8: Árvore da Esperança, Mantém-te Firme! (1946). Frida Kahlo (1907-1954). Óleo. 56 x 40.5cm. Galeria de Artes Isadora Ducasse (Nova York).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Boa parte dos textos sobre o pudor partem da premissa que o pudor está referenciado à nudez diante do outro. De início esta concepção dificultou o processo de sua compreensão neste trabalho, pois o campo indicava que havia muito mais questões envolvidas na temática do pudor, do que a nudez do corpo, quando se trata de analisá-lo no contexto da clínica hospitalar, mais especificamente da obstetrícia. Além das condições de nudez ou semi-nudez impostas às gestantes, observou-se que outros mecanismos são responsáveis pela manifestação do pudor, e que estes mecanismos podem ser nomeados como formas de intervenção no corpo. Quando falamos de mecanismos de intervenção no corpo não nos referimos somente a exames e procedimentos clínicos, mas às normas e rotinas institucionais, à linguagem, às posições de sujeição a que as mulheres são submetidas, entre outros. Nossa análise nos levou a entender o pudor como uma constelação de sentimentos que se manifesta em diferentes situações da clínica obstétrica, na qual o processo de interação entre sujeitos é sempre o suporte e o locus de sua manifestação.

Ao afirmarmos que para os sujeitos da pesquisa o pudor se apresenta como uma “constelação de sentimentos”, estamos dizendo que este não se caracteriza por um sentimento único, mas um número variado de sentimentos expressos em situações de interação. Em diversas situações clínicas os sentimentos de pudor se configuravam com sentimentos de dor e sofrimento, ansiedade, vergonha, constrangimento, humilhação, culpa, solidão, medo, alívio e felicidade. E em alguns casos indignação com a situação vivida. Assim, a nudez e a exposição do corpo é apenas um de seus componentes.

Escolher o método e abordagem do trabalho não se constituiu tarefa fácil. O campo exigia muito mais do pesquisador do que suas primeiras concepções em relação ao tema de pesquisa. Entrar em campo com um objeto de pesquisa já delimitado, o “pudor”, ao mesmo instante que tornou a pesquisa mais objetiva e direcionada, também restringiu muitos aspectos relacionados às diversas dimensões que o próprio campo oferecia para análise. Ainda assim, a direção da pesquisa com o uso da observação participante para os estudos do pudor em ambiente hospitalar se revelou propício. De início não pensávamos compreender todas as dimensões de uma maternidade, pois um trabalho neste sentido custaria muito mais tempo que os prazos acadêmicos permitem. Vale ressaltar que uma análise mais aprofundada sobre a maternidade talvez exigiria um trabalho anterior que pudesse ser tomado como base, uma referência numa área pouco investigada pela sociologia. Talvez esta pesquisa possa estabelecer os primeiros passos para futuros projetos de trabalho neste tema e neste campo na

sociologia da saúde.

Nesta pesquisa um dos problemas para a análise foi com relação ao olhar sobre o objeto. Por exemplo, como analisar um sentimento cujas expressões se vinculavam aos significados mais íntimos dos sujeitos, muitas vezes inacessíveis ou intangíveis ao olhar do sociólogo? Qual o método de pesquisa ideal ou a perspectiva de análise necessária para extrair durante da pesquisa este caráter intangível do sentimento de pudor? Uma das respostas que este trabalho tentou estabelecer ao tema é que não existem esferas de sentimentos isoladas da dinâmica presente, durante os processos sociais que articulam vários sentimentos, constituindo assim o que chamamos constelação de sentimentos. Nossa análise nos levou a entender o pudor como uma constelação de sentimentos que se manifesta em diferentes situações da clínica obstétrica, na qual o processo de interação entre sujeitos é sempre o suporte e o lócus de sua manifestação.

Ao estudarmos o hospital, mais especificamente a clínica obstétrica, a internação das gestantes apresenta situações nas quais seus corpos estão subordinados aos mecanismos de poder estabelecidos pela instituição hospitalar e pelo saber médico. Um dos exemplos destes mecanismos trata do processo de despersonalização do “Eu” íntimo, “particular” e “protegido”, que tem no controle do próprio corpo uma garantia de preservação da “fachada social” constituída.

Durante a internação as gestantes passam por mecanismos onde as relações são estabelecidas conforme uma rotina já estabelecida pela lógica dos protocolos médicos. Estamos falando de condições e de um contexto situacional que foge ao controle do sujeito internado. O que primeiro se estabelece nessa situação é a sensação da perda do controle do corpo, assim como dos movimentos do corpo, que passam a ser restringidos pela dinâmica dos procedimentos da rotina hospitalar. Este é o contexto geral, condição para que os sentimentos que expressam o pudor sejam manifestados. Neste sentido os sentimentos apresentados pelas mulheres durante a internação refletem de alguma forma uma espécie de ruptura em relação às suas expectativas iniciais sobre o parto.

A gestante, muitas vezes representada pela objetivação do parto e pelas atribuições relacionadas à esfera maternal, progressivamente passou a constituir-se num corpo para o outro nas estratégias de controle referentes à saúde pública e às políticas de reprodução dos indivíduos implementadas pelo Estado. Estas políticas contam com um conjunto complexo de instituições e funcionários – o hospital e suas equipes - cuja função é atuar sobre o indivíduo, no caso a gestante.

O hospital como maternidade surge do interesse político e médico pelo processo de

gestação e concepção, pela garantia de gerar vida por meio do conhecimento especializado em relação ao corpo feminino, o que permite a reprodução de crianças saudáveis e a diminuição dos riscos para as mulheres. A mulher, nesse contexto, precisa vigiar seu próprio corpo fértil e estabelecer normas de conduta de cuidados de si desde o início de sua gestação, pois seu corpo aqui é o corpo para outro (para o que vai nascer e para o Estado). O poder preconiza na instituição hospitalar (maternidade) o funcionamento dos mecanismos de “segurança social” do corpo da gestante, estabelecendo as formas de realização do parto e o controle das taxas de natalidade e mortalidade de uma população.

Na sociedade contemporânea onde os corpos e os sentimentos se tornam individualizados, o controle e o autocontrole do corpo fazem parte da constituição da identidade social dos sujeitos. No caso em que o sentimento de pudor representa o desejo por intimidade individualizada, a gestante na instituição hospitalar é um corpo suscetível a manipulação pelo saber e técnicas médicas. E esta é a outra dimensão do corpo para o outro. As relações entre a equipe de saúde com as gestantes são interações referenciados pelo caráter público (ou seja, o lugar de muitos indivíduos que não tem necessariamente nenhum nível de intimidade compartilhado) da instituição hospitalar. No contexto hospitalar, o controle e o autocontrole dos sentimentos constituem numa espécie de “tensão” entre os limites da privacidade e as necessidades da manipulação do corpo e dos sentimentos. No hospital os desejos e os sentimentos entram em conflitos com o “Eu” individualizado, sendo as gestantes muitas vezes submetidas a procedimentos invasivos e que desconsideram a sua representação de corpo e seus sentimentos durante a internação.

Uma vez submetidos às formas de intervenção médica, os corpos das gestantes internadas se tornam corpos institucionalizados, fora da esfera habitual de relações de intimidade com o próprio corpo e com o outro. Seus movimentos corporais são determinados pela rotina hospitalar. O desejo da gestante de compartilhar da experiência de gestação com indivíduos de sua esfera íntima (maridos, pais, mães) é muitas vezes barrado pelas normas estabelecidas pelo hospital. No caso em estudo é expressamente proibida a presença de acompanhantes enquanto durar a internação. Neste sentido a internação é um processo de sujeição a uma rotina prescrita e estabelecida, pelas normas institucionais e clínicas. O trabalho de parto e o nascimento do bebê se dá na impessoalidade e na “solidão afetiva” do hospital, distante da família e do marido.

A sensação de perda do controle do corpo e da situação durante a internação resulta em ansiedade para a gestante em relação ao parto e o nascimento. A manifestação dos sentimentos derivados dos processos clínicos, mesmo advindos de componentes culturais

anteriores à internação, se apresentam na clínica obstétrica de formas muito variadas: vergonha, humilhação, pudor, sujeição etc. Neste sentido, a mulher além de ter que vigiar o desejo do “outro”, passa a vigiar os próprios limites de seu corpo. O pudor representa apenas um dos sentimentos envolvidos nesta perda de controle.

A legitimidade da equipe médica em manipular o corpo por meio de procedimentos clínicos, seja em exames de toque, medicação, assepsia ou tricotomia²⁸, toda norma relacionada a estes procedimentos tem o respaldo das normas institucionais e protocolos que regem estes procedimentos. Os aspectos morais envolvidos na interação, como a integralidade do corpo, a intimidade frente à diferenciação dos sexos, os sentimentos de dor e sofrimento, angústia, medo, vergonha e pudor, também estão submetidos ao conjunto dessas normas e dos protocolos.

Mesmo ressaltando questões que envolvam a diferença sexual, o gênero, nas relações entre equipe de saúde e as gestantes internadas, o poder médico na instituição hospitalar ultrapassa os limites impostos por tais preceitos. Na rotina hospitalar, a vergonha do corpo, o pudor, combinam-se com sentimentos conflitantes envolvidos na assimetria entre homens e mulheres, que muitas vezes serviam para delimitar espaços de intervenção ou observação, tem na legitimidade do “fazer médico” algo que quebra as barreiras de gênero impostas culturalmente. Nossa hipótese aqui é que mesmo quando a equipe é composta somente por homens esta trata as gestantes desconhecendo a diferença sexual, passando ao largo dela, para não ser tomada pelos sentimentos que envolvem o pudor.

Podemos ver esta legitimidade institucional no depoimento da entrevistada Juliana, que mesmo considerando desagradável o uso da camisola, a mesma também reconhece nesse objeto o poder simbólico que legitima uma eventual intervenção no corpo por parte do processo de internação hospitalar *“Você [ela] tem toda hora que estar fazendo toque. Acho que é normal. É difícil você querer por uma roupa mais fechada”*.

Outra hipótese que podemos levantar, para encerrar esta conclusão, diz respeito ao fato de que existem diferentes maneiras do sujeito se perceber diante de possíveis situações e exigências clínicas que possam conduzir às manifestações de sentimentos de pudor. Mas isto ficará para novas pesquisas sobre esta temática.

²⁸ Tricotomia é a retirada dos pêlos antes de uma cirurgia através de uma lâmina cirúrgica ou de barbear. Retira-se os pelos do local onde irá ser feita a cirurgia, e a retirada é feita para evitar algum tipo de infecção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, N. **Observação Participante e Survey: Uma Experiência de Conjugação**. In: Edson Nunes. (Org.). **A Aventura Sociológica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978, v. 1.

BECKER, H. S. **Segredos e Truques da Pesquisa**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BOLOGNE, J. **História do Pudor**. Rio de Janeiro: Elfos, 1986.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

BUTLER, J. **Corpos que Pensam: sobre os limites discursivos do “sexo”**. In: O Corpo Educado: pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007.

CARRARA, H. H. A.; DUARTE, G. **Semiologia Obstétrica**. Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan./mar. 1996.

CASTORIADIS, C. **A Instituição Imaginária da Sociedade**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

COLARES, M. J. D. NAKAMURA, E. K. K. **A Exposição do Corpo do Cliente: uma reflexão sobre as relações de poderes entre os profissionais de enfermagem e os clientes**. Nursing (São Paulo), v. 12, p. 580-584, 2009.

DA MATTA, R. **O Ofício de Etnólogo ou Como Ter "Anthropological Blues"**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DERRIDA, J. **O Animal que Logo Sou**. São Paulo, UNESP, 2002

ELIAS, N. **O Processo Civilizador – Formação do Estado e Civilização** – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Vol. 2, 1993.

_____. **O Processo Civilizador – Uma História dos Costumes** – Rio de Janeiro: Jorge Zahar, Vol. 1, 1994.

FERREIRA, J.; DA SILVA, A. R. **A Experiência contemporânea da nudez em algumas tecnologias de manipulação do corpo**. XIV Congresso Brasileiro de Sociologia – GT20 –

Sexualidades, Corporalidades e Transgressões, 2009.

FOOTE-WHYTHE, W. **Treinando a Observação Participante**. In: GUIMARÃES, A. Z. Desvendando Máscaras Sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alvez Editora S. A., 1980.

_____. **Sociedade de Esquina: a estrutura social de uma área urbana pobre e degradada**. Tradução de Maria Lucia de Oliveira. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Graal, 1994.

_____. **História da Sexualidade. Vol. 1**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**.

GILL, R. **Análise de Discurso**. In: _____. BAUER, M., GASKELL, G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes, 2003.

GIORDANI, R. C. F. **A experiência anoréxica: uma etnografia**. In: _____. RASIA, J. M., GIORDANI, R. C. F. Olhares e Questões – sobre a saúde, a doença e a morte. Curitiba: Editora UFPR, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo, Perspectiva, 1974.

_____. **As Representações do Eu na Vida Cotidiana**. São Paulo, Vozes, 2009.

_____. **Os Momentos e os Seus Homens** – Textos escolhidos e apresentados por Yves Winkin. Antropos, 1999.

_____. **Ritual de Interação: ensaios sobre o comportamento face a face**. Petrópolis: Vozes, 2011.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M. S. **A Civilização das Formas: O corpo como valor**. In: _____. O Nu e o Vestido – Dez antropólogos revelam a cultura do corpo carioca. Rio de Janeiro: Record, 2002.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis, Vozes, 2010.

JOVCHELOVITCH, S., BAUER, M. W. **Entrevista narrativa**. In: _____. BAUER, M. W., GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Vozes, 2003.

KRIKMAN, A. **Contemporary linguistic theories of humour**. Electronic Journal of Folklore, vol. 33, p. 27-77, 2006.

LATOUR, B. **Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência**. In: Objectos impuros: experiências em estudos sobre a ciência. Edições afrontamento, 2004.

LE BRETON, D. **As Paixões Ordinárias – Antropologia das Emoções**. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **A Sociologia do Corpo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

LÉVI-STRAUSS, C. **O pensamento selvagem**. Tradução: Tânia Pellegrini. Campinas: Papirus, 1997.

MACIEL-LIMA, S. M. **No Fio da Sutura: Um Estudo Sociológico sobre a Equipe Multidisciplinar do Serviço de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná**. Tese (Doutorado em Sociologia), UFPR, 2009.

MARTINS, A. P. V. **A Ciência dos Partos: visões do corpo feminino na constituição da obstetrícia científica no século XIX**. Revista Estudos Feministas (Florianópolis). Vol. 13, Nº 3, set. / dez., 2005.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1971.

MILLS, W. **Do Artesanato Intelectual**. In: A Imaginação Sociológica. Rio de Janeiro: Zahar. 1965.

MOLIANI, M. M. **O Reverso da Cura: Erro Médico**. Tese (Doutorado em Sociologia)

NAVEIRA, M. A. C. **Yama Yama: os sons da memória: afetos e parentesco entre os Yaminahua**. Tese (Doutorado em Antropologia Social), UFSC, 2007.

OLIVEIRA CASTRO, A. C. M.. – **A anta, o elefante, o puma, o leão: um ensaio comparativo entre as representações européias e ameríndias sobre o corpo.** In: CODATO, Adriano. [org.] – Para viver no século XXI: os problemas da contemporaneidade. Curitiba: SESC da Esquina, 2007.

PEIRANO, M. **Rituais. Ontem e Hoje.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

RASIA, J. M. **Hospital: Socialidade e Sofrimento.** Tese (Doutorado em Sociologia) – UFPR, 1996.

SIMMEL, G. **A Divisão do Trabalho como Causa da Diferenciação da Cultura Subjetiva e Objetiva**, 1900. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/77020899/Georg-Simmel-A-Divisao-do-Trabalho-como-causa-da-Diferenciacao-da-Cultura-Subjetiva-e-Objetiva> . Acessado em: 02/04/2012.

SIQUEIRA, I. L. C. P.; KURCGUANT, P. **Passagem de Plantão: falando de paradigmas e estratégias.** Acta Paul Enferm., vol. 18(4), p. 446-451, 2005.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. **Racionalidades Médicas e Integralidade.** Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, vol. 13(1), p. 195-206, 2008.

TOMÁS, J. C. S. P. **A Invisibilidade Social, Uma perspectiva fenomenológica.** VI Congresso Português de Sociologia: mundos sociais saberes e práticas. Série 285, p. 1-7, 2008.

VIVEIROS DE CASTRO, E. **O Nativo Relativo.** Rio de Janeiro: Mana estudos de antropologia social, vol. 8(1), p. 113-148, 2002.

WACQUANT, L. J. D. **Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2002.

WEBER, M. **Economia e Sociedade – Fundamentos da Sociologia Compreensiva.** Brasília: Editora UNB, 1999.

ANEXO 1**DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO**

Eu _____ declaro que estou ciente e de acordo em ter como acompanhante o pesquisador Máximo José Dias Colares – graduado em Enfermagem e pesquisador da Universidade Federal do Paraná – UFPR, em todas as fases de internação no Hospital Nossa Senhora da Luz dos Pinhais, situado no Município de Pinhais – Pr. Referente ao projeto de pesquisa de mestrado pelo Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná – UFPR.

Pinhais, ____ de _____, 2011

Assinatura da Gestante

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

1. Identificação do Projeto de Pesquisa	
Título do Projeto: “O Pudor na Clínica Obstétrica: Um Estudo Sociológico da Relação Entre Pacientes Gestantes e Equipe de Médicos e Enfermeiros do Hospital Maternidade de Pinhais”	
Área do Conhecimento: Sociologia	
Curso: Mestrado em Sociologia	
Número de sujeitos no centro:	Número total de sujeitos: 08
Patrocinador da pesquisa: não há	
Instituição de pesquisa: Universidade Federal do Paraná (UFPR)	
Nome dos pesquisadores e colaboradores: Máximo José Dias Colares e Prof. Dr. José Miguel Rasia	

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima identificado. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir, a qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você.

2. Identificação do Sujeito da Pesquisa	
Nome:	
Data de Nascimento:	Religião:
Estado Civil:	Profissão:
Renda familiar:	Escolaridade:
Pré-Natal: () Maternidade () Posto de saúde () Não fez	
Nº de parto: () Cesárea () Normal	Já ocorreu algum aborto natural: () Não () Sim

3. Identificação do Pesquisador Responsável	
Função: Orientador	
Nome: José Miguel Rasia	
Profissão: Professor Universitário	Nº. Registro no Conselho: não há
Endereço: Rua Jose Korman, 193	
Telefone: (41)3352-4752 / (41)8852-0471	E-mail: zecarasia@gmail.com

Função: Aluno e Orientando	
Nome: Máximo José Dias Colares	
Profissão: Mestrando pela UFPR	Nº. Registro no Conselho: Coren-Pr 007.289
Endereço: Rua Andrade Muricy Nº 1396	
Telefone: (41) 3056-3686 / (41)8512-5770	E-mail: máximo_prime@yahoo.com.br

1. Você, _____, está sendo convidada a participar de um estudo sobre: **A Clínica Obstétrica, Sobre a Experiência de Internação das Gestantes e a Relação Entre Pacientes Gestantes e Equipe de Médicos e Enfermeiros do Hospital Maternidade de Pinhais**. É através das pesquisas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental.
2. O objetivo desta pesquisa é o **de analisar a experiência das gestantes junto à equipe de saúde durante sua estadia na clínica obstétrica**.
3. Caso você participe da pesquisa, será necessário **somente que você responda a algumas perguntas feitas pelo pesquisador que serão gravadas para facilitar o processo de pesquisa**.
4. Como em qualquer entrevista, você poderá experimentar algum desconforto. **Entretanto, não há nenhum tipo de intervenção clínica, experimental ou com emprego de medicamentos**.
5. Sobre sua entrevista: **não há riscos físicos, morais e sociais. Entretanto, há apenas um risco mínimo de trazer lembranças em relação a sentimentos e afetos. Caso sinta-se incomodada com alguma pergunta, sua vontade será respeitada**.
6. A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.
7. Quando os resultados da pesquisa forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código. Sendo sua identidade mantida no mais absoluto sigilo.
8. Os benefícios esperados são:
9. **contribuir para os estudos sobre experiência de estadia na clínica obstétrica;**
10. **trazer informações sobre como “a experiência na clínica obstétrica” ajudaria as equipes de saúde envolvidas no atendimento a melhorarem suas abordagens com as pacientes.**
11. O pesquisador **Máximo José Dias Colares, Enfermeiro Coren-Pr 007.289 e aluno do Mestrado em Sociologia da UFPR, telefone: 3512-18-88 / 8512-57-70, email: Maximo_prime@yahoo.com.br**; que poderão ser contatados pelos telefones acima, em Curitiba e poderá esclarecer eventuais dúvidas a respeito desta pesquisa.
12. Está garantido o fornecimento de todas as informações que você queira, antes durante e depois do estudo.
13. Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não são da sua responsabilidade. **Não haverá gastos para o entrevistado.**
14. Pela sua participação no estudo, **você não receberá qualquer valor em dinheiro.**

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão. Declaro que obtive todas as informações necessárias e esclarecimento quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma em minha posse.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 2011.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Máximo José Dias Colares
Enfermeiro Coren-Pr 007.289
(Aluno de Mestrado em sociologia da UFPR)

ANEXO 3

FICHA DE ENTREVISTA

- 1) Fale um pouco sobre sua experiência de internação na Maternidade?
- 2) Fale um pouco como você foi atendida durante o tempo em que esteve na Maternidade?
 - Com a equipe médica;
 - Com a equipe de enfermagem;
 - No posto de saúde – pré-natal.
- 3) Como foi sua experiência de pré-natal?
- 4) Fale um pouco sobre os exames que antecederam e que foram feitos durante e depois do parto?
- 5) Da sua experiência o que você considera que poderia ter sido diferente?